

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

Kemika d. d. Zagreb

si dovoli priporočati gg. zdravnikom svoje nove, odlično delujoče preparate:

PROSCORBIN

kemijsko čisti, kristalizirani C-*vitamin* (askorbinska kislina) v obliki tablet a 0,025 g. Daje se z odličnim uspehom pri vseh pojavih pomanjkanja C-*vitamina*, predvsem pri skorbutu in predskorbutičnih pojavih hemoragične diateze. Obolenja splošne slabosti v nosečnosti i t. d. — Orig. cevčica z 20 tabletami. Doza: 1–3 tablete dnevno.

VASOBTRAN

Kombinirani preparat za zdravljenje arterioskleroze, hipertoniije, angiospazmov i t. d. Vsaka tableta vsebuje 0,20 g Bromisovalerylcarbamida, 0,03 g Papaverin hydrochl. in 0,20 g Theobromin. calcio-salicylic. Odpravi hitro in zanesljivo objektivne in subjektivne težave ter se odlično prenaša in nima škodljivih posledic. Orig. cevčica z 20 tabletami. Doza: 3–4 x 1 tabl. dnevno.

BEATOL

Delujoča kombinacija Amidopyrina, Phenacetina, Coffeina in Bromdiaethylureae. Odlični in obenem cenen analgeticum, deluje promptno pri glavobolu, neuralgiji in drugih bolečinah. Orig. cevčica z 12 tabletami. Doza: 3 x 1–2 tabl. po jedi.

STOLEOSAN

Standardizirana emulzija najfinejšega ribjega olja z dodatkom kalcija in fosforja in vedno enaka količina A in D-*vitamina*. Orig. steklenica a 175 g. Odlično deluje in ima ugoden okus. Doza: 1–3 kavine žličice dnevno.

Predpisujte domače preparate!

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški Vestnik • Golnik.

Vsebina: Glej stran XII.

PUHLMANN ČAJ

znamke „RIPON“

več kot 25 let priznan pri

akutni in kronični bronhiti, pri asthma bronchiale, hripi, kakor tudi kot podpora 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. $\frac{2}{3}$. Prvo polovico je izpiti zjutraj gorko, ostalo 2—3 ure predno ležemo spat praviako segreto

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

Originalni omoč ca 125 g za 6 dni

Originalni omoč ca 500 g za 60 dni

Literaturo pošilja:

Puhmann & Co Berlin., O.171

Müggel-Strasse 25—25 a

Glavno skladišče za Jugoslavijo:

LEKARNA PH. MR. TICHY BĚLA — KURGOS (Dunavska banovina)

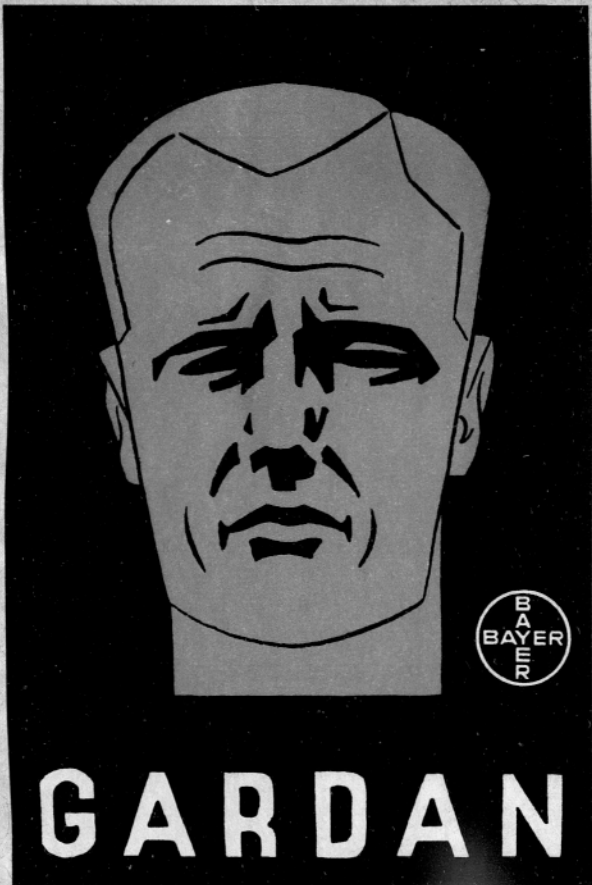


ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

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

ROGAŠKA SLATINA!



pri gripi,
febrilnih prehlajenjih, reumatizmu, neuralgiji
in bolečinah vsake vrste

Odličen antipiretikum, analgetikum in antireumatikum; ker je brez vsakega škodljivega delovanja na srce, krvni obtok in ostale organe, se priporoča pri odraslih kakor tudi pri otrocih

Originalni zavitki: cevčica z 10 tabl. po 0,5 g
• • 25 • • 0,5 g

»Bayer«

I. G. Farbenindustrie A. G.
LEVERKUSEN A. RH.



Zastopstvo za Jugoslavijo:

„Jugefa“ K. D.

BEOGRAD

ZAGREB



Cardiazol «Knoll»

sretstvo za krvni optok

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



KNOLL A.-G.
Ludwigshafen am Rhein

Tablete — Ampule — Liquidum

Glavni zastupnik za Jugoslaviju:

Mr. DRAŠKO VILFAN, ZAGREB, Ilica 204.

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 1.

31. januarja 1936.

Leto VIII.

Univ. prof. dr. Edo Šlajmerju v spomin

Bilo je v zimskem semestru 1889/90, ko sem po opravljenem prvem rigorozu prvič stopil v predavalnico graške kirurške klinike; znameniti profesor dr. A. Wölfler, bivši asistent svetovnoznanega reformatorja kirurgije, dr. Billrotha, je prikazoval dijakom razne kirurške slučaje ter o vsakem podajal primerna teoretična in praktična pojasnila. Ko je govoril o ženi-bolnici z veliko strumo, je kar naenkrat prekinil svoje predavanje z besedami: „Rufen Sie mir den Šlajmer“. Še danes ga vidim, kako je dajal profesorju zahtevana pojasnila. Bil je velik, slok mož, podolgastega obraza, sivih, dobrotljivih oči in finih, prav za operaterja ustvarjenih rok.

Ta prava podoba Šlajmerja se mi je tako globoko vtisnila v spomin, da prevladuje vse druge, ki sem jih nabral tekom najinega 45 letnega poznanstva.

Starejši dijaki — Nemci in Jugoslovani — so mi potem na dolgo in široko pojasnjevali, da je Šlajmer ljubljenelec prof. Wölflerja in da si je priboril — čeprav po rodu in mišljenju Hrvat — mesto prvega asistenta kirurške klinike med tucati nemških zdravnikov samo po svoji izredni teoretični izobrazbi in ker se je izkazal odličnega operaterja.

Tako sem spoznal Šlajmerja in niti daleč se mi ni sanjalo, da bosta najini življenski poti tako ozko in prijateljsko povezani.

Leta 1892. je naenkrat med jugoslovanskim dijaštvom počil glas, da prevzame Šlajmer kirurški oddelek ljubljanske bolnišnice. Nismo mogli verjeti, da bi se ta odlični operater odločil, da zapusti akademsko kariero ter da se bo zabubal v našo, tačas tako neznatno Ljubljano! Da bi šel v našo staroversko bolnišnico? Nemogoče!

A vendar je šel: prevzel je mesto asistenta pri primariju dr. Fuxu „cum iure successionis“.

Vsa jugoslavenska mladež v Gradcu je čutila, da je napočila s Šlajmerjevim prihodom v slovensko prestolnico nova doba za slovensko medicino in ni se varala!

Ime Šlajmerjevo označuje dobo velikanskega napredka jugoslovenske medicine sploh, posebno ko je prevzel ob istem času vodstvo novoustalovljenega okulističnega oddelka bivši asistent dunajske očesne klinike dr. Emil Bock, ki je imenitno preosnoval zdravljenje očesnih bolezni.

Oba učenjaka — Šlajmer in Bock — imata, vsak v svoji stroki, neveljive zasluge za procvit in razvoj medicine v bivši Kranjski, saj sta jo na mah povzdignila do višine, ki se je lahko kosala z drugimi kulturnimi središči.

Ne dolgo po Šlajmerjevem prihodu v Ljubljano je primarij dr. Fux uvidel, da ne spada več na svoje mesto ter podal ostavko. Dr. Šlajmer je postal samostojen vodja kirurškega oddelka ljubljanske bolnišnice.

Nad vse težavno je bilo preurediti in prenoviti kirurški oddelek v nad sto let starem poslopju bivšega samostana usmiljenih bratov na Dunajski cesti. Oddelek in operacijska dvorana sta se za silo popravila, ozirom adaptirala; nabavljeni so bili novi instrumenti in drugi tačas moderni pripomočki in začelo se je blagoslovljeno delo.

Največjo skrb je posvetil Šlajmer vzgoji strežniškega osebja za oddelek in za službo v operacijski dvorani. Red usmiljenih sester sv. Vincencija je poslal na oddelek pod vodstvom sestre Genovefe mnogo mladih, dobro šolanih in inteligentnih sester, ki so se izvrstno obnesle, zlasti prednica, sestra Genovefa, se je razvila v pravcati steber oddelka; bila je bistre glave, zelo dobrega spomina in izredno vestna, posebno ob pripravah za operacije. Izrekel bi ji na tem mestu v imenu vseh bivših zdravnikov, ki so za njenega „ministrovanja“ službovali na oddelku, največjo pohvalo in zahvalo, ker je z neizprosno strogostjo, posebno proti mladim zdravnikom, že v kali zatrla vsak poizkus prestopka zoper asepso; žal počiva že dolgo vrsto let v hladnem grobu. Podlegla je kroničnemu zastrupljenju s sublimatom. *Salve, anima candida!*

Druga važna osebnost na oddelku je bil famulus Janez, ki še danes živi in se komaj preživlja ob skromni pokojnini. V teku let se je razvil v nadvse imenitnega in vestnega pomagača pred in po operacijah. Dragi Janez, še na mnoga leta!

Po takih in enakih pripravah je začel kirurški oddelek pod Šlajmerjevim vodstvom uspešno in redno poslovati in vsa Ljubljana, za njo pa tudi Kranjska in sosedne dežele so strmeč poslušale pripovedovanja odpuščenih bolnikov, ki so ozdravljeni po težkih operacijah navdušeno hvalili Šlajmerja in širili slavo njegovega imena.

Meseca julija 1894 sem dobil od svojega, žal prezgodaj umrlega prijatelja dr. Hinkota Šuklje-ja, Celjana, pismo, v katerem mi sporoča, da bo s 1. oktobrom izpraznjeno mesto sekundarija v ljubljanski bolnišnici; že 8. avgusta 1894 sem vstopil kot volonter, 1. oktobra 1894 sem bil imenovan za sekundarija na kirurškem oddelku. Nadvse prijetna družba Triglavov-sekundarijev mi je lajšala prehod iz veselega dijaškega življenja v resno strokovno delo.

Trda je bila šola na kirurškem oddelku: brezobzirno je zahteval Šlajmer najvestnejše izpolnjevanje zdravniških dolžnosti.

Vse, prav vse smo morali preizkusiti: pripravljali in kuhali smo instrumente za operacije, brusili nože, lovili muhe pred operacijo v operacijski

dvorani, dajali vse vrste klistirov, nadzorovali pripravo obveznega materijala katetrizirali, pokušali menažo itd. Manjše rane smo smeli sami prevezovati, težko ranjene in operirane pa je Šlajmer vedno sam prevezoval.

Vse to podrobno delo je nas dovedlo da najožjih stikov z bolniki, ki so bili ob takem točnem in skrbnem negovanju zelo srečni in zadovoljni, V nas mladih zdravnikih je tedaj samo ob sebi vzkliklo čisto, plemenito navdušenje za bolnika — trpina, katero daje zdravniku nadčloveških moči. Tako smo zrasli v tem čistem in poštenem okolju, v katerem nas je Šlajmer učil vestne oskrbe vsakega bolnika, naj bo revež ali imetnik. Nehote nam je prešel Šlajmerjev vzgled v meso in kri; priklenil nas je s čarom svoje velike osebnosti tako nase, da smo postali pravi apostoli njegove miselnosti. In z največjim navdušenjem si je vsak prisvojil za življenje geslo: „Aegroti salus suprema lex esto“.

Po 6 mesecih trdega pouka, ko je imel Šlajmer čas in priliko, da vsakega zdravnika dodobra pretehta in oceni, je poveril temu ali onemu manjšo operacijo, ki nam je bila obilno plačilo za trdo delo. Kaj bi neki rekli danes naši mladi zdravniki k taki vzgoji!?

Prišla je Velika noč 1895: strahovit potres je v eni noči zrahljal zidove stare bolnišnice; po srečno prestani noči, polni strahu, grozote in razburljivih doživljajev, smo ob 5. uri zjutraj s pomočjo še dela zmožnega strežništva namestili operacijsko dvorano na hodniku, ki je še vzdržal. Operativno delo se je nekaj dni vršilo v tem prostoru, dokler nam nista vojaštvo in Rdeči križ postavila na vrtu bolnišnice vrsto zasilnih barak. V eni teh barak, ki je bila za operacije prav dobro opremljena, se je potem nemoteno opravljala operacijska služba v nič manjšem obsegu kot prej v starih prostorih. Od zdravnikov, ki so takrat službovali v teh barakah, živita danes — ako me spomin ne vara — samo še g. dr. Ivan Högler v Ljubljani in g. dr. Ivan Premrov v Litiji.

Novembra 1895 se je preselil kirurški oddelek v prostore novega kirurškega paviljona na Zaloški cesti. Tu se je Šlajmerju bohotno razmahnilo njegovo delo, saj je bil novi paviljon za tiste čase najmoderneje opremljen.

Glas o Šlajmerjevi spretnosti in njegovih znamenitih kirurških uspehih je kmalo preskočil meje Kranjske in bolniki iz celega juga so hiteli v Ljubljano iskat zdravja pri Šlajmerju.

Bila je to zlata doba slovenske kirurgije!

Celih 19 let je vodil Šlajmer kirurški oddelek, dokler ni leta 1911 stopil v pokoj, ozlovoljen zaradi raznih neprilik in intrig. Leta 1912 je po hitel še srbskemu narodu v balkanski vojni na pomoč. Med 1914—1918 je pa vodil „Leonišče“ kot bolnišnico kranjskega Rdečega Križa.

H koncu bi še poskusil analizirati Šlajmerjevo osebnost. Kot zdravnik je bil Šlajmer izreden talent: neverjetno obsežen spomin mu je omogočil, da je prinesel seboj, ko je prestopil iz graške klinike na ljubljansko bolnišnico, uprav fenomenalno znanje vse tedaj znane teoretične

medicine. Molče smo ga občudovali vsi, ko nam je na poljubna vprašanja kar iz rokava stresal cele teorije, v kliničnih strokah pa je bil naravnost u niverzalni ženij: v kirurgiji, ginekologiji, otologiji in laryngologiji, interni medicini itd., povsod je bil odlično podkovan in „doma“. S posebnim veseljem, rekel bi s strastjo, pa se je udeještoval v takozvanem „mejišču med kirurgijo in interno medicino“, kjer mu je dajal največ pobude ranjki Mikulicz — Breslau. Vrh vsega je bil Šlajmerju prirojen izreden dar za kombinacijo raznih bolezenskih pojavov pri bolniku. Ta dar se je razvil v njem do neke vrste zdravniškega instinkta, ki mu je pomagal, da je čisto svojevrstno presojal diagnozo, terapijo in prognozo pri posameznih bolnikih. O njegovi sijajni kirurški tehniki menim, da ni treba posebej razpravljati, saj kot operater ni imel daleč na okoli po celem jugu nobenega tekmeca.

Omeniti moram še sugestivno moč, ki jo je imel Šlajmer na bolnike. Njegov pogled, njegova božajoča roka sta pomirila bolnike, njegova beseda jih je navdala z zaupanjem in trdno vero v ozdravljenje. Ta psihološki vpliv je bil tako močan, da nam razjasnuje del njegovih čudovitih uspehov.

Vsako si tedaj lahko predstavlja, kako raznovrsten je bil bolniški materijal na kirurškem oddelku in vsak zdravnik mi bo pritrdil, da se je moral mlad zdravnik pod takim sijajnim in veščim vodnikom igrati priučiti najtežjim diagnozam, posebno če se je pri operaciji sam prepričal o pravilni oceni bolnikove bolezni.

V takih, za mlade zdravnike nad vse podučnih razmerah je našel mladi zarod najboljše prilike, da se je imenitno priučil vsemu, kar je potreboval v poznejši praksi.

Kot človek je bil Šlajmer plemenita dobričina z izredno visoko razvitim socijalnim čutom. To se je pokazalo na oddelku posebno ob vsakoletnem božičevanju, ki ga je Šlajmer prvi vpeljal in udomačil v ljubljanski bolnišnici. Lice mu je žarelo od veselja, ko je osebno razdeljeval darila ubogim in bogatim! Kako smo bili vsi s Šlajmerjem vred na Božič srečni! Značajan in neupogljiv v svojem prepričanju, je sovražil vsak protekcionizem — katerega menim so danes krstili za korupcijo-, bil je klen Jugoslovan — panslavist ne samo v besedah, ampak tudi v dejanjih — in nikoli ni zatajil svojega idealnega naprednjaštva.

V slovo Ti naj bodo, dragi dr. Edo Šlajmer, v imenu vseh Tvojih prijateljev in sodelavcev besede, ki Ti jih je poslal na Tvoje počivališče Tvoj prijatelj, primarij dr. Jakša Račić:

„Ljubav i harnost — preko groba!“

Prof. dr. Edo Šlajmer se je rodil 8. oktobra 1864. kot sin sodnika Ferdinanda Šlajmerja v Čabru. Maturiral je l. 1882 na hrvatski gimnaziji na Reki, medicino dovršil v Grazu, kjer je 23. julija 1888. pro-

moviral. Še istega leta je bil imenovan za člana operaterskega zavoda, naslednje leto pa je postal asistent na Wölfler-jevi kliniki, kjer je ostal do l. 1891. Tedaj je bil premeščen kot asistent v Ljubljano na kirurški oddelek deželne bolnice. Po smrti primarija dr. Fuxa je postal l. 1892 primarij kirurškega oddelka ter vodil oddelek do l. 1911. Ko je bil na lastno prošnjo upokojen, se je posvetil privatni praksi, katero je izvrševal do l. 1930, na kar se je naselil v Poljanah pri Št. Vidu nad Ljubljano, kjer je preživel zadnja leta v miru v krogu svoje družine do svoje smrti 23. decembra 1935.

Dr. Šlajmer je za svoje požrtvovalno in znanstveno delo prejel razna domača in tuja odlikovanja. Že zgodaj je navezal stike z brati Srbi ter l. 1901. postal častni član Srbskega lekarskega društva. Pozneje je bil odlikovan z redom sv. Save III. in II. stopnje. Tudi Spolek českých lékařů ga je imenoval l. 1908. za častnega člana. L. 1914 je postal častni občan mesta Ljubljane. Bil je predsednik Društva zdravnikov na Kranjskem od l. 1889—1901. Poleg tega je bil imenovan častnim članom Jugoslov. kirurg. društva in Československe společnosti chirurg. gynaekol. v Pragi.

Že davno pred svetovno vojno je javno kazal svoje jugoslovansko prepričanje. Ob izbruhu balkanske vojne se je izvedelo, da bratom Srbom primanjkuje zdravnikov, ter da radi tega ranjenci nimajo zadostne pomoči. Takoj se je odzvalo 16 slovenskih zdravnikov — med njimi tudi dr. Šlajmer, ki so odhiteli bratom na jugu na pomoč. Tu se je izkazal dr. Šlajmer kot kirurg v vsej svoji veličini ter s svojim ogromnim znanjem in spretno roko v bolnicah v Nišu in Beogradu rešil marsikateremu Srbu že skoro izgubljeno življenje.

Dr. Šlajmer je kljub stalni prezaposlenosti našel čas za znanstveno delo. V raznih medicinskih časopisih je priobčil sledeče razprave.*

1. Ein Beitrag zur Kasuistik der Schädelverletzungen. (Wien. klin. W. 1889. No. 55., in 1890, No. 1—3.)

2. Die ideale Cholecystotomie zweizeitig ausgeführt. (ibid. 1890, No. 20—21.)

3. Ueber die Diagnose und Behandlung von Cystenbildung an einer beweglichen Niere. (ibid. 1890.)

4. Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der mittels permanenter Aspirationsdrainage behandelten Fälle von serösen und eitrigen Ergüssen der Pleurahöhle. (ibid. 1890, No. 11—16.)

5. Ein Fall von Meningocele spuria traumatica mit osteoplastischem Verschluss des Defektes. (ibid. 1893. No. 12.)

6. Ein Fall von Pyloroplastik. (Memorabilien 1894, I. zv.)

7. Zur extraperitonealen Behandlung spontaner penetrierender Uterusrupturen. (Zbl. f. Gynaek. 1895, No. 18.)

8. Bericht über 150 Radicaloperationen des freien Leistenbruches nach Wölfler. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 56., H. 4)

9. Erfahrungen über Lumbalanaesthesie mit Tropakokain in 1200 Fällen. (Wien. med. Presse, No. 22—23.)

* Podatki so povzeti po članku dr. Pintarja: Prof. dr. Šlajmer, Glasilo zdravniške zbornice za dravsko banovino, 12. dec. 1930.

10. *Behandlung der Spina bifida mit besonderer Berücksichtigung der Heteroplastik.* (Wien. med. W. 1900, No. 12.)

11. *Lithopaedion.* (Liječnički Vjesnik 1901, št. 2.)

12. *Abscessus cerebri post otitidem med. suppur.* (ibid. 1902, št. 9.)

13. *Prilozi kazustici ozledam srca.* (ibid. 1902, št. 9.)

14. *Prilozi k pitanju appendicitisa.* (ibid. 1904, št. 5.)

15. *K pitanju prognoze i anaesthezije kod radikalnih operacija slobodne kile.* (Delo I. kongresa srbskih zdravnikov in naravoslovcev, 1904.)

16. *Ueber die Rückenmarksanaesthesie mit Tropakokain.* (Beitrag zur klin. Chir. 1910, Ed. LXII.)

17. *Današnje stanje pitanja o etiologiji i terapiji peritonitide zbog perforacije creva.* (Liječnički Vjesnik 1910.)

18. *Přispevky h valečné chirurgii* (Čas. lékař. českých 1913, č. 13.)
Razen tega je predaval: *Traumatični chylothorax, transduodenalna ekstirpacija carcinoma papillae Vateri; slučaj sporotrichoze.* (I. jugoslov. sestanek za operativno medicino.)

To so samo glavni obrisi dr. Šlajmer-jevega dela in uspehov polnega življenja.

Odličnemu kirurgu in znanstveniku prof. dr. Šlajmerju dolguje slovenski in jugoslovanski narod trajno hvalečnost.

Dr. Ivan Jenko

Aus der Chirurgischen Abteilung des Augusta-Hospitals Berlin.

Direktor: Prof. E. Heymann.

Ueber Fortschritte der Hirnchirurgie

Vortrag vor der ärztl. Gesellschaft in Ljubljana am 28.5. 1935.

Dr. C. M. BEHREND, Oberarzt

M. H.! Ihrer freundlichen u. ehrenvollen Aufforderung, einen Vortrag über Hirnchirurgie in Ihrer ärztlichen Gesellschaft zu halten, bin ich besonders gern gefolgt, zumal wir an unserer chirurgischen Abteilung des Berliner Augusta-Hospitals in Herrn Kollegen Bajc von der hiesigen Blumauer'schen Abteilung einen für die Hirnchirurgie ganz besonders interessierten Kollegen kennen und schätzen gelernt haben. — Wir betreiben am Berliner Augusta-Hospital, durch Fedor Krause eingeführt, seit dem Jahre 1900 *Hirnchirurgie*. Von seinem Nachfolger Emil Heymann wurde die Neurochirurgie in gleichem Umfange fortgeführt und weiter entwickelt. Allein während der letzten 11½ Jahre, während deren ich an der Klinik bin, wurden weit über 500 operative Eingriffe zur Beseitigung lediglich von Hirngeschwülsten oder deren Erscheinungen ausgeführt. Meinem Vortrag liegt dieses selbst erlebte Krankenmaterial zugrunde, das von Fedor Krause oder zum grössten Teil von Heymann und auch von mir operiert wurde. Wenn heute von Hirnchirurgie die Rede ist, so stehen damit zugleich auch die Probleme der *Hirngeschwülste* im Vordergrund und im unmittel-



ARCANOL *je najboljšè*
jemati pred in za časa
GRIPE *s toplim ČAJEM*

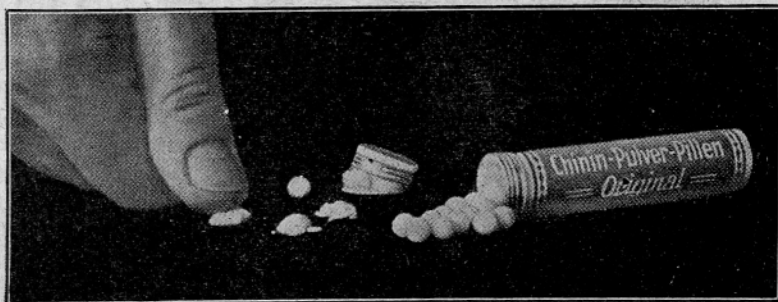
Originalni zavitki z 10 tabletami

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

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

Radio=Therma
Laško



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

uprave zdravilišča

baren Zusammenhang. Massgeblich aber für den Arzt, der Hirnchirurgie betreibt, sind die Erkenntnisse darüber, dass gerade geschwulstgeschädigte Gehirne ganz besondere Eigentümlichkeiten besitzen, die sich in hohem Maße von anderen Hirnschädigungen unterscheiden. Die Erfolge und Fortschritte aber, die im Laufe der letzten 30 Jahre allmählich auf dem Gebiete der Hirnchirurgie und Insonderheit der Hirgeschwulstchirurgie erreicht wurden, sind nicht nur technischen Dingen zu verdanken, sondern vor allem auch den Bemühungen um besseres Verstehen und besseres Anpassen an die im einzelnen oft noch unklaren Vorgänge, die bei Hirngeschwulstkrankheiten eine Rolle spielen. Nur kurz soll in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass das Gehirn in seinen meisten Teilen raumbeengenden Prozessen gegenüber ein ganz aussergewöhnliches Anpassungs- u. Ausgleichsvermögen besitzt, zumal wenn die Entwicklung des raumbeengenden Prozesses sehr langsam vor sich geht, wie dies bei den meisten Geschwülsten der Fall ist. Erst aus diesen Vorstellungen heraus erklärt sich die oft von uns bemerkte Tatsache, dass grosse Hirngeschwülste vielfach nur kurze Vorgeschichten aufweisen, dass es unfassbar ist, wie gering die Symptome im Vergleich zum Umfang der Neubildung sein können und wie dann in kurzer Zeit sich ein bedrohlicher, desolater Zustand entwickelt, der vielleicht schon spontan, etwa im Anschluss an einen Transport, zum Tode führte oder auch anlässlich eines diagnostischen Eingriffs, wie Hirnpunktion oder Encephalographie. Die Fortschritte der Hirnchirurgie liegen aber nicht zuletzt darin, dass man gelernt hat, diesen Dingen mehr und besser Rechnung zu tragen, manchmal sogar sie zu meistern, auch wenn das Wesen dieser Vorgänge im einzelnen noch keineswegs geklärt ist, wie z. B. das des *Hirndrucks* oder des *Hirnödems*. Aber auch in technischer Beziehung haben viele Verbesserungen dazu beigetragen, die Ergebnisse der Hirnchirurgie zu fördern, so die Vor- und Nachbehandlungsmethoden, der Ausbau der Betäubungsverfahren und die Anwendung von Hochfrequenzapparaten, an deren Konstruktion und Einführung unsere Klinik mitbeteiligt war. Jedoch muss hierbei hervorgehoben werden, dass Dinge wie primäre Wundheilung, Schichtnaht zur Vermeidung von Prolapsen, peinlichste Blutstillung und äusserste Schonung des Gehirngewebes an unserer Klinik durch Fedor Krause seit 35 Jahren zu den Grundsätzen der Hirnchirurgie gehören. Nicht zuletzt hängen die Erfolge der Hirnchirurgie ab von einer genauen und möglichst frühzeitig gestellten Lokaldiagnose. Neben der neurologischen Untersuchung sind in den vergangenen Jahren ergänzend physikalisch-histologische Methoden getreten. Einmal die Röntgenaufnahmen des Schädels besonders mit Lufffüllung der Hirnhohlräume im stereoskopischen Bild, andermal die diagnostische Hirnpunktion, bei der die Neuropathologen bestrebt sind, aus den gewonnenen Hirnzylindern nicht nur die Diagnose einer Geschwulst zu stellen, sondern auch über deren Charakter u. voraussichtlichen Verlauf sich ein Urteil zu bilden, ohne dass diese Bestrebungen jedoch bis jetzt als gelöst anzusehen wären. Es muss betont werden, dass bei hirnge-

schwulstgeschädigten Kranken sowohl die Hirnpunktion als auch die Luftfüllung der Hirnkammern keine ungefährlichen Eingriffe sind. Wir gehen daher bei der Anwendung dieser diagnostischen Eingriffe von strengen Indikationen aus und vermeiden z. B. Hirnpunktionen, wo sie zur Diagnose überflüssig erscheinen, zumal wir kennen gelernt haben, wie schlecht unter Umständen diese Punktionen von Kranken mit allgemeinen Hirngeschwulst-erscheinungen vertragen werden. Aus dem gleichen Grunde wenden wir bei der Luftfüllung der Ventrikel mit Vorliebe die schonendere Encephalographie durch Occipitalstich an, da ja die Ventriculographie ausser den möglichen Störungen durch die Luftfüllung noch die Gefahren der Hirnpunktion in sich trägt. Wenden wir sie an, wie z. B. bei Geschwülsten der hinteren Schädelgrube, so ziehen wir in letzter Zeit öfters vor, das Vorderhorn zu punktieren statt des Hinterhorns, wie sonst üblich, da uns diese Stelle am Stirnhirn weniger gefährlich erscheint als die Occipitalregion. Von 313 Hirnpunktionen, die seit 1921 bis jetzt ausgeführt wurden, hatten 3 einen tödlichen Ausgang im Gefolge; während der letzten 5 Jahre wurde kein Todesfall mehr beobachtet. Bei 713 Luftfüllungen der Hirnhohlräume seit dem Jahre 1922 trat bisher niemals ein unmittelbarer Todesfall ein, jedoch bei 8 Kranken im Verlauf der nächsten 48 Stunden; alle diese Kranken litten an einer Hirngeschwulst. Unsere Mortalität bei diesen diagnostischen Eingriffen ist im Vergleich zu den Angaben anderer gering, weil wir aus den angegebenen Gründen, besonders bei Hirngeschwulstkranken, zurückhaltend sind.

Wenn ich jetzt kurz auf einige der Hauptgruppen von den Hirngeschwülsten eingehe, dann möchte ich dabei auch einige Krankengeschichten erwähnen und besonders solche Kranke berücksichtigen, die der Herr Kollege Bajc während seines Aufenthalts an unserer Klinik gesehen hat. — Einteilungsbestrebungen bei Hirngeschwülsten lassen sich von verschiedenen Gesichtspunkten aus ermöglichen. So kann man diese Geschwülste nach ihrem Sitz einteilen, also z. B. Tumoren der vorderen, mittleren u. hinteren Schädelgrube. Man wird eine solche grob *räumliche Einteilung* vornehmen, wenn man Betrachtungen über das chirurgisch-technische Vorgehen anstellt, über die Freilegung, die Zugänglichkeit u. s. w. . . . Die *histologische Einteilung* der Hirngeschwülste dagegen soll Anhaltspunkte über den Wachstumscharakter der Geschwulst, seine Ausbreitungstendenz, ob diffus oder abgegrenzt, und über Rezidivmöglichkeiten geben. Beide Einteilungsarten lassen sich oft *nicht* voneinander trennen. Die Amerikaner haben sich sehr um die histologische Einteilung bemüht, es hat sich aber bei der praktischen Durchführung gezeigt, dass es oft grosse Schwierigkeiten macht, die tatsächlichen mikroskopischen Befunde in das aufgestellte histologische Schema einzuordnen.

Ich möchte jetzt auf Beispiele aus den Hauptgeschwulstgruppen eingehen. An erster Stelle stehen, schon rein zahlenmässig in Bezug auf ihr Vorkommen, die *Gliome*. Histologisch werden eine grosse Reihe verschiedener Arten unterschieden, von denen die sogenannten *multiformen Glio-*

blastome, eine sarkomatöse Abart, den bösartigen Typ darstellen. Alle Gliome sind Geschwülste, die sich diffus ausbreiten; daher wird ihre wirklich radikale Entfernung in den allermeisten Fällen nicht möglich sein. Trotzdem besteht in den letzten Jahren allgemein die Neigung, diese Geschwülste chirurgisch anzugehen, um wenigstens eine Teilentfernung zu erreichen, zumal wenn ihre Ausbreitung auf Hirngebiete beschränkt ist, die bei ihrer Entfernung keine schwerwiegenden Ausfallerscheinungen zur Folge haben. Blosser Entlastungstrepantationen ergaben zumeist schlechte Resultate, besonders dann, wenn die Entlastung nicht unmittelbar über dem Geschwulstsitz angelegt wurde. Bei älteren Menschen treten bestimmte Gliome auf, die sich häufig an den Hirnpolen lokalisieren und von Heymann *Polgliome* genannt werden. Wenn es der Zustand solcher Kranker erlaubt, wird man hier eine Resektion des Stirn- oder Hinterhaupts- oder auch des Schläfenpols vornehmen. Hierbei sind die Eingriffe an der Schläfe am wenigsten aussichtsvoll, während die an der Stirn besonders gute Resultate ergeben. Werden genügend grosse Teile der histologisch als gutartig erkannten Gliome entfernt, so können diese Kranken oft noch ein über mehrere Jahre dauerndes und lebenswertes Leben führen. Bei den bösartigen Gliomen hingegen ist für gewöhnlich nur eine kurze Lebensverlängerung durch die Operation zu erreichen, die mehrere Monate anhalten kann. Es wäre aber falsch zu verschweigen, dass man bei solch einem Versuch, ein Gliom zu entfernen, durch die erst während des Eingriffs zutage tretende Grösse und Ausbreitung der Geschwulst sowie durch deren oft erheblichen Blutreichtum gezwungen wird, sich zu beschränken und dass dann nach dem Eingriff, meist innerhalb der nächsten 12 Stunden, durch das entstehende Hirnödem der Tod eintritt. Denn das nachfolgende Ödem ist hierbei grösser als die durch die Teilentfernung nur in beschränktem Umfange erreichte Entlastung.

Einige Krankengeschichten von Gliomen:

27-jähriger Mann, P. M., Herbst 33 vorübergehend Kopfschmerzen. Im Nov. 34 vertärktes Auftreten, sodass bei Arbeit behindert. Jan. 35 bei uns aufgenommen wegen: Erbrechen, starke Kopfschmerzen-Anfälle, Sehstörungen, Stauungspapille über 3 D mit Blutungen, zeitweilig benommen. Keine sicheren Herdzeichen. Auf Grund von Hirnpunktionen und Encephalographie wird ein Tumor in der rechten hinteren Stirnregion lokalisiert. Bei der Trepantation wird dort tumorös verändertes Gewebe von diffuser Ausbreitung nicht radikal entfernt. Der Eingriff wurde gut überstanden. Seit etwa 4 Monaten keinerlei Ausfallerscheinungen mehr, Stauungspapille dauernd im Zurückgehen. Der Kranke ist inzwischen zu Hause, macht leichte Arbeit, ist ohne Beschwerden. Reste von Stauungspapille noch vorhanden. — 40-jährige Frau, S., wird am 12. 6. 34 in benommenem Zustand eingeliefert. Seit Anfang 34 zunehmende Kopfschmerzen, später Erbrechen, Schlafsucht, Depressionen und Unsicherheit beim Gehen. In letzter Zeit Herdzeichen von Seite der linken Zentralregion. Die wird freigelegt und Tumorgewebe in etwa Kleinfingergrosse entfernt, es ist an der Oberfläche abgegrenzt, verläuft aber in

der Tiefe diffus. Der Tumor liegt in der linken Präzentralregion nahe der Mittellinie. Nach knapp 1 Monat wird die Kranke in ausgezeichnetem Zustand wieder entlassen.

Histologisch: Gutartiges Gliom.

Im Febr. 35, also nach 7 Monaten, Rezidiverscheinungen. Erneute Trepanation und erneute Entfernung von Tumor an der selben Stelle. Wieder beschwerdefrei entlassen, bis jetzt gutes Allgemeinbefinden. — 50-jähriger Mann, W., seit Jahren an Kopfschmerzen leidend. Zuletzt Charakteränderungen und Auftreten einer inkompletten rechtsseitigen Lähmung sowie Benommenheitszustände. Bei Freilegung der linken Zentralregion wurde subkortikal ein grosser diffuser Tumor festgestellt, Teile davon wurden entfernt. Der Knochen wurde zur Entlastung ausnahmsweise entfernt. Der Kranke konnte ohne Hirndruckerscheinungen in gutem Allgemeinzustand, aber mit inkompletter rechtsseitiger Parese sowie auch mit Sprachstörungen entlassen werden. Er lebte bis Febr. 35, 10 Monate lang, zuhaus und hatte gelernt, sich dort mit einem Angehörigen zu verständigen. Wegen Zunahme der Lähmungserscheinungen und Wiederauftreten von Benommenheitszuständen erneute Aufnahme im Febr. 35. Dabei bestand eine gewaltige Vorwölbung an der Entlastungsstelle durch Weiterwucherung des Tumors. Etwa eine Hand voll der zystischen Tumormassen wurde abgetragen. Der Kranke ging anschliessend an dem Eingriff zugrunde. Es handelte sich um ein bösartiges Gliom. — Bei einer 32-jährigen Schauspielerin wurde ein gutartiges Gliom aus der Präzentralregion entfernt. Sie lebte noch 5 Jahre nach dem Eingriff konnte auch jahrelang wieder ihren Beruf ausüben, starb dann aber trotz Bestrahlungen an Rezidiv.

Die von den *Hirnhäuten ausgehenden Geschwülste*, die *Endotheliome* oder *Meningeome*, haben den Gliomen gegenüber den grossen Vorzug, völlig abgegrenzte Geschwülste zu sein. Sie gelten histologisch als gutartig. Einige von ihnen können aber auch sarkomähnliche Zellelemente enthalten und dann rezidivieren. Wir sahen dies verhältnismässig selten; während der letzten 11 Jahre dreimal. Die Rezidive traten $2\frac{3}{4}$, 3 und 6 Jahre nach dem ersten Eingriff auf. Auf dem Röntgenbild sind oft dem Tumorsitz entsprechende Knochenveränderungen zu sehen, die durch Wucherungen der Interna hervorgerufen werden. Wenngleich die Endotheliome den Vorzug haben, sich radikal entfernen zu lassen, so können doch bei der Operation erhebliche Schwierigkeiten dadurch auftreten, da sie stark mit Gefässen versorgt sind, öfters dem Sinus unmittelbar benachbart liegen und von ganz erheblicher Grösse sein können. Die Entfernung dieser Geschwülste war schon in früheren Jahren eine dankbare Aufgabe der Hirnchirurgie u. eine grössere Zahl solcher Kranker konnte schon vor dem Kriege an unserer Klinik operativ geheilt werden. Leider ist das Vorkommen der Endotheliome bei uns im Vergleich zur Gesamtzahl der anderen Hirngeschwülste nur gering, es beträgt höchstens etwa 10%.

ENERGIN



TONICUM ROBORANS

*(Chininum ferrociticum,
Natriumglycerinophos-
phoricum, Extr. chinæ
Nanning)*

*Dosis: Odrasli 3 likerske ča-
šice na dan*

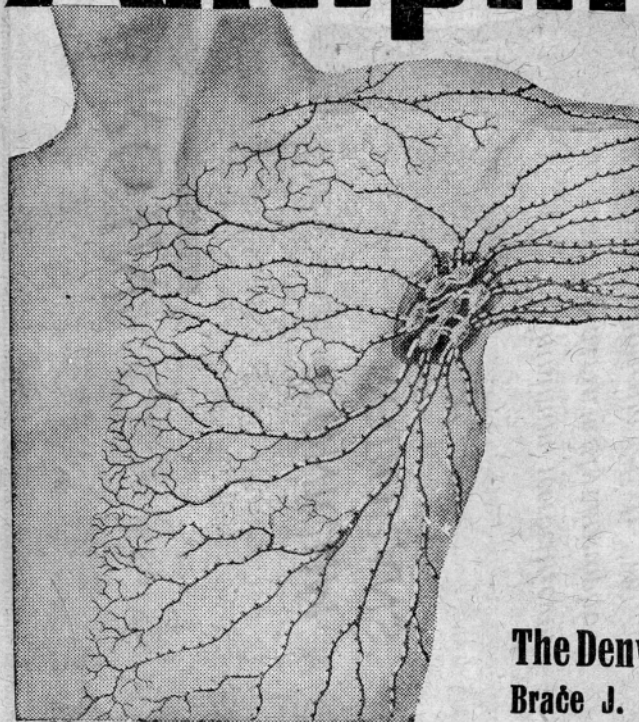
*Otroci 3 male žličke na
dan*

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

Antiphlogistine



je sodobni antiseptični obkladek
za zdravljenje
zateklih bezgavk, čirov,
vnetih žil, bolečin v mišicah,
inficiranih ran

Antiphlogistina povzroči dolgotrajno, aktivno hiperemijo, pospeši dotok krvi in limfe v bolne dele in se izkaže kot zanesljiv obkladek, ki povzroča skorajšnje ozdravljenje

Vzorci in literatura brezplačno :

The Denver Chemical MFG. Co. - New York U.S.A.
Braće J. Jovanovića, Beograd, Knez Mihajlova ul. 33

Von Kranken mit *Geschwülsten, die auf Entwicklungsstörungen* zurückzuführen sind, sei aus der letzten Zeit von einem Mann berichtet:

Im Oktober 34 konnten bei einem 36-jährigen Kranken klinisch und röntgenologisch Anzeichen eines linksseitigen Schläfentumors festgestellt werden, ausserdem bestand Stauungspapille. Durch Einschnitt in die vordere linke Schläfenwindung wurde ein harter, walnussgrosser, abgegrenzter Tumor entfernt. Wegen starker unstillbarer Blutung aus dem Tumorbett wurde ein in heisse Traubenzuckerlösung getauchter Vioform-Tampon eingelegt, der nach drei Tagen durch Wiedereröffnung der Klappe entfernt wurde. Schnelle Genesung, keine Erscheinungen mehr. Rückgang der Stauungspapille, auch keine Sprachstörungen, lediglich eine geringe Hemianopsie blieb zurück. Hat sich vor einigen Tagen in bestem Allgemeinzustand vorgestellt. Histologisch: Ektodermal-mesenchymale Mischgeschwulst.

Auch auf Entwicklungsstörungen beruhen Geschwülste, die aber an anderen Stellen des Gehirns lokalisiert sind und von denen wir im Laufe der letzten Jahre einige operiert haben. Es handelt sich um die sella-nahen *Cholesteatome*, die zystisch sind und eine braune, kristallhaltige Flüssigkeit aufweisen. Sie bilden aber nur einen kleinen Bestandteil der wichtigen *Hypophysen-* oder *hypophysen-nahen Geschwülste*. Mit *Ausnahme* der Akromegalie verursachenden legen wir diese Neubildung durch eine fronto-temporale Klappe frei. Zysten, wie bei den Cholesteatomen, werden durch Punktion entleert und wenn möglich, die zusammengeschrumpfte Kapsel entfernt; dies kann jedoch wegen der Nähe grosser Gefässe, sowie der Sehnervenkreuzung Schwierigkeiten bereiten. Bei einer gut geglückten Operation wegen eines solchen hypophysennahen Cholesteatoms sahen wir folgende Komplikationen eintreten: der betreff. Kranke ging 2—3 Wochen p. op. an einer aseptischen Meningitis zugrunde. Im Liquor waren wohl reichlich Leukozyten zu finden, jedoch war er stets steril, auch konnten niemals Bakterien mikroskopisch nachgewiesen werden. Es handelte sich also um eine aseptische Basalmeningitis, die durch den chemischen Reiz, der noch aus dem Zystenrest nachfliessenden Cholesteatomflüssigkeit entstanden war. — Die *eigentlichen Hypophysengeschwülste* jedoch sind wegen der Häufigkeit ihres Vorkommens weit wichtiger. Ihr Hauptsymptom ist die in verschiedenen Formen auftretende Hemianopsie, die durch mechanische Druckschädigung der Sehnerven an oder nahe der Kreuzung zustande kommt. Ausser dem von uns bevorzugten Weg durch eine frontotemporale Klappe bei Hypophysentumoren, wenden wir bei solchen Kranken mit Akromegalie die transnasale Methode nach Schloffer an. Wir sahen dabei keine Rezidive, keine Infektion, aber weitgehende anhaltende Besserung des Gesichtfeldes und dies alles bei einem bestimmt weniger eingreifenden Verfahren als es die Trepanation von oben her darstellt. Allerdings beschränken wir die Schloffer'sche Methode lediglich auf diejenigen Kranken, bei denen sich der Geschwulstvorgang am Boden der Sella abspielt. Klinisch ist dies einwandfrei durch die Akromegalie erkennbar.

Bei den *Geschwülsten der hinteren Schädelgrube* ist als Gefahrenpunkt besonderer Art der nahe gelegene Hirnstamm mit seinen vegetativen Zentren insonderheit dem Atemzentrum, zu bewerten. Es ist oft von ausschlaggebender Bedeutung für den endgültigen Ausgang eines solchen Eingriffs, wie weit es gelingt, Störungen von Seiten des Atemzentrums zu verhindern. Nicht immer wird dies möglich sein, da es manchmal nicht gelingt, auf die im Hinterhauptslochgebiet sich auswirkenden Druckverhältnisse gegen den Hirnstamm Einfluss zu gewinnen, besonders innerhalb der Zeit des postoperativen Ödems. Technisch kann auch, im Vergleich zu allen anderen Stellen des Schädels, die dicke Protuberanz der Hinterhauptsschuppe mit der darunterliegenden blutreichen Sinuskreuzung Schwierigkeiten bereiten. Diagnostisch bieten die raumbeengenden Prozesse der hinteren Schädelgrube meist bezeichnete Symptome: Nystagmus, cerebellare Ataxie, Vestibularis-, Gehör-, Facialis- und Trigeminusstörungen. Aber einige Male kann auch hier die Lokalisation Schwierigkeiten verursachen und die Frage „vorn oder hinten“ muss dann per exclusionem aus der Stirnhirnpunktion evtl. mit der damit zusammenfallenden Ventrikulographie durch die Vorderhörner geklärt werden. Als Geschwulstarten sind die verschiedenen gliomatösen Prozesse innerhalb der beiden Kleinhirnhälften und im Wurm zu nennen. Auch hier ist die Prognose von der histologischen Beschaffenheit dieser gliomatösen Prozesse abhängig; sind diese gliomatösen Geschwülste zystisch, so ist dies an und für sich günstig. Immer muss dann nach dem meist kleinen knotenförmigen Tumor im eröffneten Zystenraum gesucht werden, um ihn zu entfernen. Schnelle Entleerung grosser Zysten unterhalb des Tentoriums können bedrohliche Einpressungserscheinungen des Hirnstammes ins Hinterhauptsloch zur Folge haben. Die dagegen zum Ausgleich vorzunehmende Punktion eines Hinterhorns ist nützlich, aber nicht immer durchführbar, da der Ventrikel nicht immer zu treffen ist. Dann soll man lieber das an ungefährlicherer Stelle liegende Vorderhorn aufsuchen.

Eine besondere Gruppe von den Geschwülsten der hinteren Schädelgrube bilden die im Brückenwinkel gelegenen Tumoren, die ihren Ausgang vom *Acusticus* nehmen. Ihre Anzeichen sind besonders typisch und ihre Diagnose macht daher keine Schwierigkeiten. Den Weg zur hinteren Felsenbeinkante durch die hintere Schädelgrube hindurch hat Fedor Krause angegeben. Dieser Weg ist auch heute noch bei der Entfernung der Acusticustumoren der massgebende. Reichen diese Geschwülste nicht zu weit median nach der vorderen Umrandung des Hinterhauptsloches, dann sind sie meist gut entfernbar. Wohl mahnt die Nähe des Atemzentrums zur Vorsicht, andererseits werden die Kranken nicht wieder arbeitsfähig und leben nur beschränkte Zeit nach der Operation, wenn man sie ausgesprochen unradikal operiert. Sind diese Geschwülste von der Felsenbeinkante von grosser Ausdehnung, so kann es nötig werden, grössere Teile einer Kleinhirnhälfte zu opfern. Diese Massnahme ist bereits vor dem Kriege von uns angewendet worden. — Ebenfalls durch die hintere Schädelgrube führt der

Weg unterhalb und entlang am Tentorium nach vorn zur *Epiphysengegend* und zur *Lamina quadrigemina*. Jedoch ist es stets unmöglich, Geschwülste dieses Gebietes in grösserem Umfang chirurgisch anzugehen oder gar etwa radikal zu entfernen.

Zum Kapitel der raumbeengenden Prozesse in der hinteren Schädelgrube sei ihrer grossen Seltenheit wegen eine Krankengeschichte mitgeteilt:

Eine 38-jährige Frau war lange unter der Diagnose: toxische Neuritis des Vestibularapparates nach Grippe konservativ behandelt worden. Es bestanden Nystagmus und schwerer Schwindel. Als aber Stauungspapille auftrat, wurde das Kleinhirn freigelegt. Man fand eine grosse Zyste der rechten Kleinhirnhälfte, die breit eröffnet wurde und 25 ccm klare gelbe Flüssigkeit enthielt. Die ganze Höhle wurde genau nach einem Tumorknoten abgesucht und abgeleuchtet, ohne dass etwas gefunden werden konnte. — Jetzt, vier Monate nach der Operation, ist sie fast ohne Erscheinungen und, was besonders wichtig ist, ohne jede Hirndruckzeichen und ohne jede Vorwölbung an der Trepanationsstelle. Es hat sich also keine Zystenflüssigkeit nachgebildet, was bei einem bestehenden und zurückgelassenen Tumorknoten bestimmt eingetreten wäre. Ganz offenbar handelt es sich hier um eine der sehr seltenen echten Kleinhirnzysten ohne Tumor.

Zusammenfassend und kurz soll noch etwas über *inoperable Hirngeschwülste* gesagt werden. Zunächst wird man dabei an Geschwülste mit besonders grosser Ausdehnung und von diffuser Beschaffenheit zu denken haben, aber auch an ganz bestimmte Lokalisationen in Hirngebieten, die räumlich nicht zugänglich sind oder auch wegen ihrer Empfindlichkeit keinen Eingriff zulassen, z. B. bei Geschwülsten im Brückengebiet, am Clivus, also in der Medianlinie zwischen Sella und vorderer Umrandung des Hinterhauptsloches. Ferner Geschwülste, die sich von der Sella aus unter dem Schläfenlappen und in die Keilbeinhöhle hinein ausbreiten u. s. w.

Aber man muss wohl den Begriff der Inoperabilität nicht nur rein räumlich und technisch fassen, sondern auch noch nach einer anderen Richtung, die nicht weniger wichtig erscheint. Wenn ein Kranker mit einem Hirntumor plötzlich spontan stirbt, ohne dass ein Eingriff stattgefunden hat und ohne dass eine Blutung im Gehirn festgestellt wurde, so kann man wohl sagen, dass der Grad der *allgemeinen Hirnschädigung* durch die Geschwulst derart war, dass daraus ein allgemeiner inoperabler Zustand sich entwickelt hatte. Eine ganze Reihe von Hirngeschwulstkranken stirbt beispielweise wenige Stunden nach der Einlieferung *ohne* jeden Eingriff. Man kann dies Transportschädigung nennen, aber man kann auch sagen: Jeder Eingriff wäre für diesen Kranken nicht zu überstehen gewesen. Andererseits sehen wir immer wieder, dass benommene Kranke in schlechtem und bedrohlichem Allgemeinzustand nicht nur die Trepanation, wenn die Geschwulst lokalisiert werden konnte, überstehen, sondern sich auch erholen, *sodass man tatsächlich nicht in der Lage ist*, vorher abzuschätzen, welcher von den desolaten Hirngeschwulstkranken operabel in Bezug auf seine Hirn-

funktion ist und wer nicht. Alle Erfahrungen auf diesem Gebiet ermöglichen es nicht, diese Schwierigkeiten zu überbrücken. *Es gibt keine sicheren Anzeichen dafür, was und wieviel ein schwer geschwulstgeschädigtes Gehirn voraussichtlich aushalten wird und was nicht.*

Etwas anders verhält es sich mit der Beurteilung der Hirngeschwulstkranken während der Operation. Hier kann die Grösse des Blutverlustes, das Verhalten des Blutdrucks sowie des Pulses und der Atmung einigen Anhalt geben und bei bedrohlichen Zuständen kann Abhilfe geschaffen werden durch Herz- und Atemtätigkeit anregende Mittel, ausserdem durch die Reinfusion des abgesaugten Blutes, aber auch durch die Infusion von Tutofusin, das sich uns besonders für den Gebrauch während der Operation bewährt hat, da es sich einfacher und schneller verabreichen lässt als eine Bluttransfusion von einem Spender. Diese wird besonders *nach* erfolgtem Eingriff im Bedarfsfalle angewendet. Auch haben sich uns zur Hebung der Herzfähigkeit und des Blutdrucks sowie auch zur Behebung von postoperativen Kollapszuständen intravenöse Gaben von Traubenzucker mit Cardiazol bewährt.

Um nur ein Beispiel von den bedrohlichen postoperativen Zuständen bei Hirngeschwulstkranken zu geben, will ich kurz über eine schwere zentrale Atemlähmung berichten, die wir unlängst nach einer Trepanation erlebten. Etwa 2 Stunden nach dem Eingriff trat eine typische zentrale Atemlähmung auf, die sich durch keinerlei Medikamente oder sonstige Massnahmen beheben liess. Die Tiefe der Benommenheit nahm rapid zu, der Kranke war völlig reaktionslos, ohne jede Reflexe, mit grossen weiten Pupillen. Und wenn nicht künstliche Atmung ausgeführt wurde, fand spontan überhaupt keine Atemtätigkeit mehr statt. Herztätigkeit war noch leidlich gut. In diesem Zustand wurde das rechte Vorderhorn punktiert, Liquor entleerte sich im Strahl, und nach etwa $\frac{1}{2}$ Minute setzten die ersten spontanen Atemzüge wieder ein. Nur ganz allmählich nahm die Frequenz der Atmung zu, die tiefe Benommenheit blieb noch viele Stunden bestehen, sodass wir die Hohl- nadel im rechten Vorderhorn 25 Stunden liegen liessen. Entsprechend dem wechselnden Hirndruck tropfte oder sprudelte der Liquor heraus. Der Kranke hat sich von diesem bedrohlichen Zustand wieder völlig erholt.

Über die Frage der *Bestrahlung* von Hirngeschwulstkranken soll nur gesagt werden, dass wir im allgemeinen von jeher Gegner der Bestrahlung waren, und zwar auf Grund unserer schlechten Erfahrungen, auch mit der Nachbestrahlung. Diese Ansicht wird übrigens heute in zunehmendem Umfange von den meisten Kennern des Gebietes vertreten.

Vielleicht ist es angebracht, noch einige kurze Hinweise zu geben, die für den *behandelnden Arzt* von Wichtigkeit sein können, ehe er einen hirngeschwulstverdächtigen Kranken in die Klinik bringen lässt, zumal wenn allgemeine Zeichen von Hirnschädigung bestehen, wie: Benommenheit, Erbrechen, Atem-, Puls-, Sehstörungen, epileptische Anfälle u. s. w. Bei bestehendem Hirndruck gebe man 50—100 ccm 50% -igen Traubenzucker mit

Cyotropin, diesem Gemisch setzen wir 5—10 ccm Cardiazol zu, wenn tiefe Benommenheitszustände bestehen, da das Cardiazol eine ausgesprochene Weckwirkung besitzt. Zurückhaltend aber muss man mit Cardiazol sein, wenn Neigung zu epileptischen Anfällen besteht. Diese Neigung lässt sich durch intravenös zu verabfolgende Kalkpräparate dämpfen. Ausserdem ist es wichtig, bei Kranken mit Hirndruck für ausgiebige Darmentleerung zu sorgen. Bedürfen solche Kranken Beruhigungsmittel, so vermeide man unter allen Umständen Morphium und Scopolamin wegen des lähmenden Einflusses auf die vegetativen Zentren, besonders auf das Atemzentrum. Man verwendet stattdessen Luminal oder andere Barbitursäure-Präparate als Injektion, per rectum, oder falls keine Brechneigung besteht, per os. Hirntumorgeschädigte müssen mit äusserster Vorsicht transportiert werden, insonderheit sind Erschütterungen und Stösse sowie schnelle Lageveränderungen des Kopfes zu vermeiden.

Da ich mir heute die Aufgabe gestellt hatte, vor Ihnen über Hirnchirurgie zu sprechen, wobei das Kapitel Hirngeschwülste naturgemäss den breitesten Raum einnehmen musste, ohne dass es mir natürlich möglich war, bei der Kürze der Zeit, Ihnen eine vollständige und ausführliche Schilderung geben zu können, so möchte ich doch zum Schluss noch ein anderes Kapitel der Hirnchirurgie kurz streifen: das der *Trigeminus-Neuralgie*.

Auch seit dem Jahre 1900 beschäftigen wir uns an unserer Klinik mit der chirurgischen Behandlung der echten, schweren, anfallsweise auftretenden Trigeminus-Neuralgie. Ich will mich ganz kurz fassen: Ab und zu versuchen wir bei noch nicht lange bestehenden Anfällen periphere Alkoholinjektionen in den 2. Ast, seltener noch in den 3. Ast. Jedoch spielt diese Behandlungsart bei uns keine Rolle, denn die Mehrzahl unserer Trigeminuskranken ist schon unzählige Male mit Alkohol gespritzt worden, viele davon ins Ganglion, u. ebensoviele wurden ausserdem Röntgen bestrahlt. Bei diesen unglücklichen Menschen führen wir die *retroganglionäre Wurzeldurchschneidung* aus, die von Frazier angegeben worden ist und eigentlich nur eine Modifikation des von Krause angegeben prinzipiellen Verfahrens darstellt, das in der Extirpation des Ganglion Gasseri bestand. Der Weg des Vorgehens von einer Temporalklappe aus, an der Basis entlang, extradural, und nach Versorgung der Meningea media ist der von Fedor Krause angegebene alte Weg. Nur wird jetzt nach Freilegung des Ganglions dieses nicht mehr wie früher exstirpiert, was oft sehr blutreich verlief, sondern die von rückwärts her in das Ganglion eintretenden *sensiblen und motorischen* Wurzeln werden aufgesucht und durchtrennt. Trotzdem es sich hierbei meist um alte, infolge der Schmerzen und durch mangelhafte Nahrungsaufnahme sehr heruntergekommene Menschen handelt, ist es erstaunlich, immer wieder zu sehen, wie gut dieser Eingriff überstanden wird und wie schnell sich diese Kranken nach dem Wegfall ihrer quälenden Schmerzanfälle erholen. Die sehr geringen Nebenerscheinungen, die vereinzelt in vorübergehenden Augenmuskellähmungen oder Facialislähmung bestehen können, stehen in keinem

Verhältnis zu dem prompten Erfolg dieses Eingriffs. Ein Hornhautgeschwür haben wir, sicherlich infolge unserer äusserst sorgfältigen Nachbehandlung, seit 6 Jahren nicht mehr gesehen. Die unmittelbare Operations-Mortalität ist sehr gering und beträgt bei den letzten 70 Fällen in 5 Jahren 4 Todesfälle, davon 1 Embolie nach der 2. Woche p. op. Die retroganglionäre Wurzel-durchschneidung ist, bei richtiger Indikation, d. h. nur bei der echten, anfallsweisen Trigeminusneuralgie, ein ganz besonders dankbarer Eingriff der Hirnchirurgie.

Meine Herren, nun am Ende noch eine aktuelle Frage, die auch auf dem diesjährigen deutschen Chirurgenkongress behandelt worden ist: *Die Organisation der Neurochirurgie*. Es hat sich herausgestellt, dass neurochirurgische Erkrankungen, insonderheit aber das Vorkommen von Hirngeschwülsten, nicht zu den Seltenheiten gehören. So berechnet zum Beispiel Schmincke auf 200 Obduktionen 3 Hirngeschwülste. Und wenn man im Verlauf der letzten 10 Jahre zunehmend über Auftreten, Lokalisierung und Behandlung von Hirngeschwülsten hört, so liegt das nicht daran, dass diese vermehrt auftreten, sondern, dass sie in grösserem Umfange erkannt werden, wenn auch leider oft genug noch sehr spät. Diese Tatsachen, sowie die besonders von Amerika her gemeldeten aussergewöhnlichen Erfolgswahlen, haben eine Diskussion darüber entstehen lassen, ob man nicht alle neurochirurgischen Eingriffe durch neu zu errichtende neurochirurgische Spezialkliniken ausführen lassen sollte. Auch sind Debatten darüber entbrannt, ob sich nicht auch Neurologen, die eine spezielle Erfahrung mit Hirngeschwülsten haben, nunmehr auch mit deren chirurgischer Behandlung befassen sollten. Wenn ich unseren Standpunkt zu all diesen Erörterungen kurz darlegen soll, der sich ausserdem mit dem von Sauerbruch, Gulcke, Olivecrona u. a. deckt, so ist zu sagen: wir halten eine völlige Lösung der Neurochirurgie von der allgemeinen grossen Chirurgie nicht für richtig. Die Neurochirurgie hat sich aus der allgemeinen Chirurgie entwickelt und wird auch in Zukunft von der Weiterentwicklung und den Fortschritten der allgemeinen grossen Chirurgie Nutzen ziehen. Die heutige Generation von Neurochirurgen ist mit wenigen Einzelausnahmen hervorgegangen aus einer langjährigen exakten Ausbildung in der grossen allgemeinen Chirurgie. Künftige Chirurgengenerationen würden bei Einführung einer so geschilderten Spezialisierung bald die Fundamente und den Zusammenhang mit der grossen Allgemein Chirurgie verlieren und dies kann unmöglich zum Nutzen der schwierigen neurochirurgischen Aufgaben sein. Infolgedessen sind wir der Ansicht, dass Neurochirurgie an grösseren Kliniken im Rahmen der allgemeinen grossen Chirurgie betrieben werden soll. Wieweit man innerhalb der Klinik eine Sonderabteilung für dieses Gebiet einrichtet, ist hierbei eine Frage zweiter Ordnung. Ebenso die Frage, ob Neurochirurg und Neurologe in einer Person anzustreben sind. Es wird im allgemeinen üblich sein, dass der Chirurg, der sich mit dem Sondergebiet der Neurochirurgie befasst, für die Lokaldiagnose die fachkundige Hilfe eines Neurologen benötigt.

PRI PREHLAJENJH

Bronchopneumoniji, krupozni pneumoniji, hripi, pri akutni in kronični bronhitidi, 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

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% H₂ O₂. Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet a 1 gr.

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

ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelji

najmočnejše prirodne oglj.-kisle (CO₂) 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!

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.

ERIGON SYRUP

Dr. Wander

Syrupus hypophospho-sulfogujacolicus comp.

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

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

Cena za publiko: Din 37.-

Vzorce in literaturo pošilja: **Dr. A. Wander d. d., Zagreb**

Predpisujte domače proizvode!

Allerdings ist hierzu erforderlich Vermeidung von Kompetenzstreitigkeiten, verständnisvolles Zusammenarbeiten, sodass es nicht möglich sein kann, dass etwa Unstimmigkeiten deswegen eintreten, weil der Neurologe vielleicht darauf besteht, alle diagnostischen Eingriffe selbst auszuführen. Man kann wohl schon aus diesen kurzen Andeutungen ersehen, wieviel kleinliche und persönliche Dinge bei diesen Fragen eine Rolle spielen und wie oft die massgebenden und sachlichen Gesichtspunkte darüber vernachlässigt werden. Draussen aber in der grossen Praxis in Stadt und Land sollten auch die praktischen Ärzte, die Magen- und Augenärzte darauf bedacht sein, öfter an die im Anfang schwer erkennbaren Anzeichen zu denken, die für das frühzeitige Erkennen von Geschwülsten des Gehirns und auch des Rückenmarks so unendlich wichtig sind. Unter diesen Voraussetzungen wird es denjenigen allgemeinen chirurgischen Kliniken, die sich mit der Neurochirurgie befassen, gelingen, auch auf diesem Gebiet die Erfolge zu erreichen, die nach menschlichem Ermessen zu erzielen sind.

Rezime :

Avtor, ki je predaval v Slovenskem zdravniškem društvu, izhaja iz zavoda, kjer se je prvi bavil z možgansko kirurgijo F. Krause. To delo sedaj nadaljuje njegov naslednik E. Heymann na podlagi ogromnega materiala inkušenj.

Avtor poroča o svojem 11-letnem delovanju na kliniki, kjer so operirali v tem času nad 500 možganskih tumorjev. Ti možganski tumorji in po njih povzročene spremembe tvorijo danes jedro možganske kirurgije. Bistvo sprememb, ki jih povzročajo možganski tumorji (pritisk na možgane, edem možgan) še ni jasno; toda v teku zadnjih 30 let smo se navadili računati z njimi in jih celo odpravljati. V tem je velik del napredka možganske kirurgije. Seveda je napredovala tudi tehnika, diagnostika, kakor tudi operacija in postoperativno zdravljenje. Posebno važne pa so diagnostične pomožne operacije kakor encelografija in punkcije ventrikla in včasih samih možgan.

Tumorje lahko razdelimo iz različnih vidikov, bodisi — kakor storimo po navadi — z ozirom na prostor, kjer tumor leži ali z ozirom na histološko zgradbo tumorjev. Teh dveh vidikov pa ni vedno mogoče ločiti. Največja je skupina gliomov.

Uspehi operacij so dobri pri benignih tumorjih, če se jih posreči zadostno odstraniti, zelo slabi pa so pri sarkomatozni degeneraciji. Dekompresivne trepanacije so brezuspešne, posebno, ako jih ne izvršimo nad ležiščem tumorja. Od sarkomatoznih tumorjev se razlikujejo predvsem po svoji benigni rasti endotelioni in meningiomi, torej tumorji, ki izhajajo iz možganskih open. Ti zavzamejo v materialu klinike samo 10%. Njih operativno zdravljenje je pa izredno hvaležno.

K histološko-benignim tumorjem lahko prištevamo tudi take, ki nastanejo radi motenj v razvoju možgan, ali njihove okolice. K njim spadajo predvsem cholesteatomi in tumorji hipofize. Slednji so posebno važni, ker so razmeroma prav pogosti.

Posebno stališče zavzemajo radi svoje lokalizacije tumorji zadašnje lobanjske kotanje. Diagnostično so razmeroma najlažje dostopni, toda tudi pri njih je odločitev, kje trepanirati, jako težka. Uspeh operacij teh tumorjev je odvisen od histološke slike. Najugodnejše so ciste in tumorji n. acustici, ako jih lahko radikalno odstranimo.

Operabilnost tumorjev je odvisna deloma od velikosti, deloma od lokalizacije, v ne mali meri pa od stanja, v katerem se nahajajo po tumorju oškodovani možgani. Žal ne poznamo nobenega znaka, iz katerega bi lahko sklepali, koliko morejo po tumorju oškodovani možgani še prenesti.

Klinika je bila od nekadaj proti obsevanju tumorjev, tudi obsevanje po operaciji so že davno opustili.

Kratko omenja a. še operacijo trigeminusa radi neuralgije. Zavzema se za retroganglionarno prekinitev živčne korenike in sicer tudi motoričnega dela. Edina neprijetna posledica te operacije je neobčutljivost roženice. Toda skrbna nega očesa po operaciji ga lahko obvaruje pred komplikacijami.

Klinika Heymann se pridružuje stališču, ki sta ga zastopala na letošnjem kirurškem kongresu v Berlinu Sauerbruch in Gulecke: Neurokirurgija naj ostane v okvirju velike kirurgije. — Specijaliste za neurokirurgijo brez splošne kirurške izobrazbe klinika odločno odklanja. Sodelovanje kirurga z neurologom pa je vedno nujno potrebno in za to vejo kirurgije prav posebno važno.

Dr. JURAJ KÖRBLER — ZAGREB

Radium - terapija raka*

Liječenje radiumom predstavlja relativno mlado sredstvo u borbi protiv bolesti rak. Jedva je prošlo 40 godina od kako je Röntgen svojim epohalnim otkrićem zadivio naučni i laički svijet. Mi si danas ne možemo pravo ni predstaviti senzaciju, koju su kod savremenika pobudile fotografske snimke skeleta živoga čovjeka. Već kratko vrijeme iza samog otkrića pokazao je takove senzacionalne snimke H. Poincaré u Francuskoj Akademiji. Tamo ih je medju ostalima vidio H. Becquerel potomak čuvene obitelji francuskih naučenjaka. To mu je dalo povoda, da proučava tvari, koje imadu sposobnost fosforescence, naročito uranove soli. Pronašao je, da iz uranovih soli izlaze zrake sličnih sposobnosti kao Röntgenove zrake. Becquerel je u nauku uveo pojam i riječ radioaktivnost i on je potaknuo supruge Curie, koji su radili u njegovim laboratorijima, da dalje istražuju tajnovite zrake, koje izlaze iz uranovih spojeva. Ova su istraživanja dovela do otkrića radioaktivnih elemenata, kao i do otkrića danas za medicinu toliko važnog radiuma, jednoga od tih elemenata.

Otkriće radiuma i radioaktivnosti dovelo je do neslućenih obrata na području fizike. Pokazalo se naime, da atomi nisu ni izdaleka tako nedijelivi kako to kazuje njihovo ime i da oni nipošto ne predstavljaju zadnji nedijelivi dio materije, kako se to čvrsto vjerovalo kroz više tisuća godina. Naprotiv je pronadjeno, da atomi sastoje iz još manjih elementarnih čestica, koje su poredane u atomu kompliciranom pravilnošću i da najmanji dijelovi materije postaju istovjetni s energijom, te da nema onog oštrog prelaza izmedju materije i energije, koji je predstavljao osnovnu predodžbu klasičnih atomista.

Kratko vrijeme nakon otkrića radiuma opaženo je da zrake, koje iz njega izlaze imadu i biološki učinak. Opazio je to u prvom redu Becquerel

* Prema predavanju održanom u Ljubljani 24. septembra 1935.

na samomu sebi, kad mu se razvila na mjestu duže vremena izloženom djelovanju radiumskih zraka rana, koja nikako nije zacijeljivala kroz dugo vremena.

Sistematskim ispitivanjem ove pojave pronađeno je, da zrake radiuma imaju sposobnost razarati i uništavati živu tvar. Daljnja proučavanja pokazala su, da stanica nije uvijek jednako osjetljiva za učinak zraka. Najosjetljivija je u stadiju diobe, daleko osjetljivija nego onda dok miruje. Osjetljivost naprotiv ne ovisi o starosti same stanice, kako se to često pogrešno čuje i misli. Posljedica je ove činjenice, da su one stanice, koje se češće dijele osjetljivije za radiumove zrake od onih, koje se dijele rijetko, pošto je kod njih veća vjerojatnost, da će za vrijeme samoga obasjavanja doći u stadij diobe i tako biti od zraka razorene. Kroz to su stanice raka, kod kojih je dioba užurbana i koje se dijele češće od ostalih stanica, osjetljivije za razorno djelovanje radiumovih zraka od normalnih stanica. Ovo tumačenje ujedno nam objašnjava selektivno djelovanje radiumovih zraka, koje razaraju upravo samo bolesne stanice, a istovremeno zdrave stanice neposredne okoline ostaju pošteđene. Tako je razumljivo, da je često moguće radiumom odstraniti voluminozne tumorozne ulceracije površne kože, a da ne ostane gotovo nikakav ožiljak. Radium razara samo bolesne stanice, dok među njima preostale zdrave stanice dovode do zaliječenja rane.

Jasno je po tomu od kako je velike važnosti kod liječenja radijem pitanje doze. Valja izabrati onu dozu, koja će upravo biti dostatna da uništi bolesne stanice, a da zdrave ne ošteti. Male pogriješke u izboru doze mogu dovesti do katastrofalnih posljedica. Može se desiti, da ne budu uništene sve bolesne stanice i da se bolest ponovi iz onih, koje su preostale ili opet da bude uništeno okolno zdravo tkivo, što dovodi do teških oštećenja ili što je najgore, da zdravo tkivo okoline bude oštećeno prije, nego su uništene sve bolesne stanice. U ovom posljednjem slučaju preostale bolesne stanice mogu se naročito brzo množiti i širiti, jer je nestalo obrane okolnog tkiva, koja vjerojatno, ako i u malom razmjeru, ipak postoji. Neki naučenjaci upravo ovom okolnom tkivu pripisuju važnu zadaću i veliku ulogu kod povoljnog uplivanja rakovog tkiva.

U čistom stanju izoliran radium je element metaličnog izgleda, koji se vanredno lako spaja sa svim drugim elementima. Teško ga je izolirati u čistom elementarnom stanju, a u koliko to uspije nije ga u tom stanju moguće upotrebiti u svrhe liječenja upravo radi tog njegovog velikog kemijskog afiniteta prema okolini. Upotrebljava se stoga spojeve radiuma s drugim elementima, radiumove soli. Imade radiumovih soli, kao što su sulfati, koje su netopive u vodi. Ove se kod liječenja raka upotrebljavaju na taj način, da se njima puni šuplje igle ili tube iz platin-iridijuma i onda se pomoću ovih igala ili tuba provodi liječenje. Igle su većinom duge oko 2 cm, ali kod liječenja raka dojke upotrebljavaju se i dulje. Tube su razne veličine, u glavnom veličine pušcanog taneta. Igle sadrže obično 2 do 10 miligrama radija, a tube kadšto i do 50 ili 100 miligrama. Topive radiumove

soli upotrebljavamo u otopini iz koje naročitim pumpama izvlačimo radioaktivni raspadni produkt radiuma plinoviti element radium-emanaciju ili, kako se u novije vrijeme sve češće naziva, radon. (sl. 1)

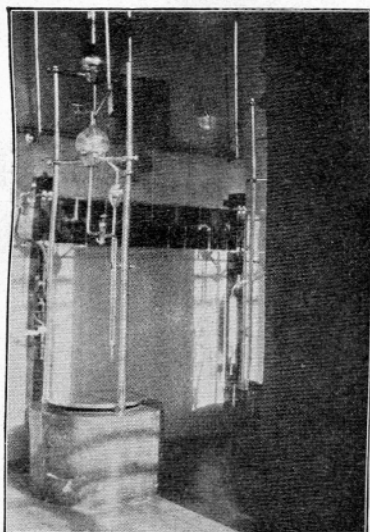
Zapravo najidealnije liječenje jest pomoću radiumskih igala, koje se ubada u samo bolesno tkivo. (sl. 2) Na taj način najviše iskorišćujemo prednosti radiuma, pošto ga stavljamo u neposredni kontakt s bolesnim tkivom i to tako blizu, kako nikada ni pod kojim uslovima ne možemo staviti Röntgenovu cijev. Ovom metodom ujedno iskorišćujemo sve zrake, koje iz radiuma izlaze na sve strane, te ništa od tih zraka ne prolazi neiskorišćeno u okolinu. Nije ni čudo, da su uspjesi ove metode najbolji, koji se uopće radiumom postići mogu, bolji od uspjeha svih drugih metoda aplikacije. S toga ja uvijek upotrebljavam ovu metodu gdje god je provediva. Imade međjutim mnogo oboljenja raka, koja su lokalizirana na takovom mjestu, da nije moguće ubadati igle. U tom slučaju upotrebljava se aplikacija pomoću mulaže, koja se prisloni i prilagne uz bolesno mjesto i na koju je učvršćen radium, većinom u tubama, ali može se učvrstiti takodjer igle. (sl. 3) Mulaže su pravljene iz smjese voska, parafina i pilovine, koja daje mulaži potrebnu čvrstoću. U promet dolazi smjesa za mulažu pod imenom Colombia paste, ali ja za svoju potrebu pravim ovu masu za mulaže sam, prema originalnom propisu s nekim izmjenama.

Za aplikaciju radiuma unutar usne šupljine ne možemo dobro upotrebiti mulažu od voska, već upotrebljavamo za ove mulaže Kerrovu zubnu masu u koju utalimo radiumske tube.

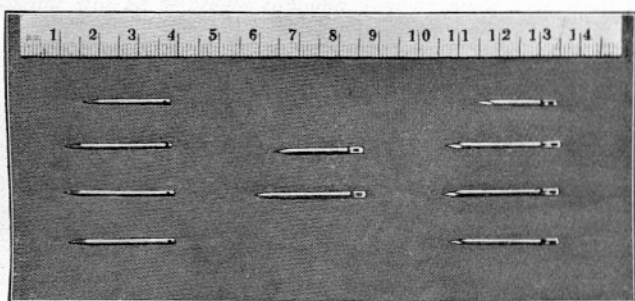
Osim ovih metoda više puta kod vanjskih aplikacija fiksiramo radium na ploče od pluta razne debljine, koje tako zamijenjuju mulažu ili ga stavljamo u olovne kutijice obložene drvom, koje pomoću metalnih nogu možemo fiksirati uz tijelo u odredjenom odstojanju.

Za obasjavanja s većim količinama radiuma upotrebljavam mikrokanonu konstruiranu prema uputama Bervenovim, a udešenu za obasjavanja sa 100 do 150 miligrama radiuma. To je metalna okrugla kutija obložena sa svih strana olovom debelim 1 cm, u koju se stavlja radium. Dno kutije čini olovna ploča debela 2 mm, te kroz to dno izlaze jako filtrirane radiumove zrake.

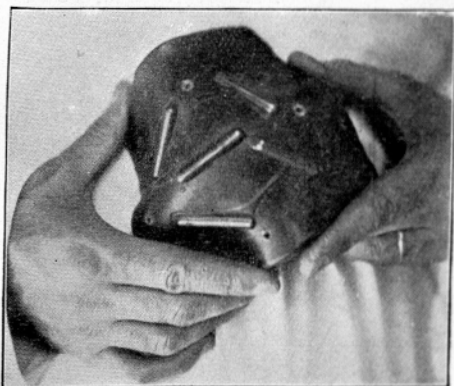
Neki zavodi upotrebljavaju i velike kanone konstruirane po istom principu, a udešene za 3 do 5 grama radiuma. Ove velike kanone montirane su na posebnim napravama, a služimo se njima slično kao sa röntgenskom cijevi, jedino s tom razlikom, da iz njih izlaze radiumove zrake, a ne röntgenske. Liječenje tim velikim kanonama još se nalazi u stadiju ispitivanja, te još neznamo kakav će biti konačni sud o postignutim rezultatima. Pitanje je, da li je uporaba ovakovih velikih kanona ekonomična, da li se njima postizava više nego s dobrim röntgen aparatima, te dali se u velikim kanonama radium ne nalazi moguće u jednom položaju, gdje glavne njegove odlike i prednosti nemogu doći do izražaja. Interesantno je spomenuti, da je Londonska radium komisija godine 1933 ukinula radium kanonu od 4



1. Sprava za dobivanje radium-emanacije

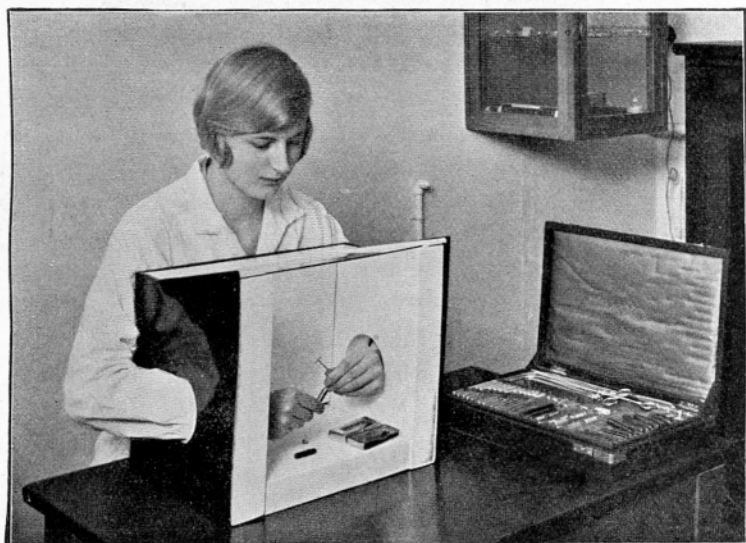


2. Radiumske igle



3. Radiumske tube učvrščene na mulažu od voska

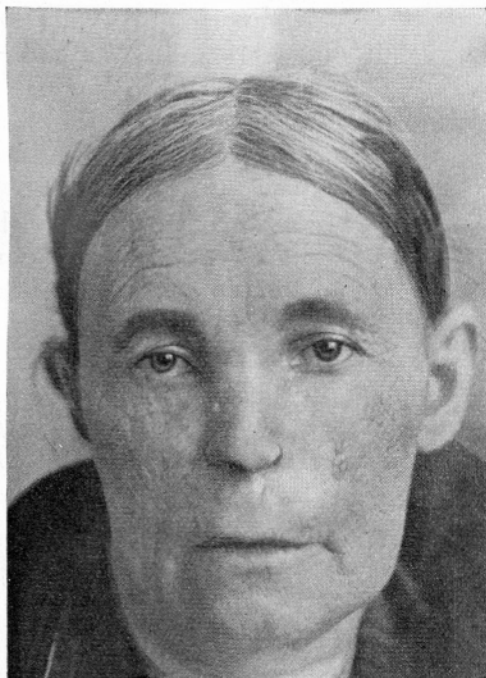
K članku: Dr. Körbler — Radium-terapija raka.



4. Zaštitni stol za pripremu radiuma. (olovne ploče 5 cm debljine).



5. Rak nosa prije liječenja



6. Ista bolesnica poslije liječenja radijem

grama radija u Westminster Hospitalu i radium razdijelila na manje količine, pošto rezultati postignuti velikom kanonom nisu zadovoljavali.

Kod provodjenja liječenja radiumom, treba da bude od zraka zaštićen onaj, koji to liječenje provodi. Tijelo zaštićuje liječnik na taj način, da se zaklanja iza olovnih ploča debelih 5 cm dok priprema radium. (sl. 4). Ruke je mnogo teže zaštititi, posvemašnja zaštita je uopće nemoguća. Olovne rukavice kakove rabimo kod röntgena, nisu ovdje nikakova zaštita s obzirom na golemu prodornu sposobnost radiumovih zraka. One bi morale imati debljinu od 5 cm olova, da budu efikasna zaštita, no s takovim rukavicama nebi bilo moguće raditi. Treba radium primati samo sa dugim instrumentima, a nikada rukom. Ovi dugi instrumenti predstavljaju zaštitu, jer kako se radiumove zrake šire na sve strane, to njihov intenzitet naglo opada sa udaljenošću od preparata. Ali metalne instrumente i u samoj blizini radiuma opasno je primati golom rukom, pošto na njih udaraju zrake radiuma i na njima izazivaju sekundarne mekane zrake, koje su naročito opasne, jer na koži izazivaju opekline. Zato je uputno metalne instrumente prevući gumom ili ih primati u blizini radiuma gumenom rukavicom.

Zahvalno područje radium terapije predstavlja liječenje raka kože. Postizavaju se odlični rezultati, trajna izliječenja postizava se prosječno kod 95 % liječenih. (sl. 5 i 6). Prednosti pred kirur. zahvatom su znatne, naročito kod lokalizacije u licu. Dok kirurški zahvat i kod ograničenog oboljenja dovodi nužno do teškog iznakaženja, koje tek dugotrajne i mučne plastične operacije mogu donekle ispraviti, dotle nakon liječenja radijem, koje traje najviše nekoliko dana, zaostaju tako nježni ožiljci, da ih jedva primjećujemo, te praktični postizavamo restitutio ad integrum.

Jednako su dobri rezultati kod raka usnice, gdje se redovno provodi liječenje ubadanjem radiumskih igala. Od naročite važnosti je tamo, gdje bi trebalo inače izvesti operaciju po Dieffenbachu, koja kako je poznato ne dovodi gotovo nikada do trajnog izliječenja. Kod raka doljne usnice potrebno je liječenje radijem kombinirati s kirurškim zahvatom. Potrebno je naime limfne žlijezde i čvorove na vratu kirurški odstraniti i to po mogućnosti preventivno, dok još nisu zahvaćene bolešću. Na limfne čvorove zahvaćene rakom radium slabo djeluje, liječenje redovno ostaje bezuspješno te ih je stoga potrebno pravovremeno kirurški odstraniti. Bolje od radiuma navodno djeluje na metastaze u limfnim čvorovima liječenje röntgenom po Coutardu, ali ja do sada još nisam imao prilike uvjeriti se o istinitosti tog navoda.

Jednako je uputno kod raka jezika pravovremeno kirurški odstraniti limfne čvorove na vratu. Radiumom kod raka u prednjem dijelu jezika postizavamo odlične rezultate, ali kod raka u stražnjim partijama ili kad je zahvaćeno dno usne šupljine rezultati su daleko slabiji, a postignuti uspjesi rijetko su trajni.

Kod raka tonsile postizavaju se samo pojedinačni uspjesi, ali uvijek još više nego sa kirurškim zahvatom s kojim se trajni rezultati gotovo uopće

ne postizavaju. Naprotiv je važno naglasiti, da se kod raka sluznice obraza radiumom ne postizavaju nikakovi rezultati.

Bolji rezultati se postizavaju kod raka u epifarinksu, nego kod raka u hipofarinksu, vjerojatno stoga, jer je u epifarinksu tehnički lakše izvesti aplikaciju. Pokušava se hipofarinks operativnim putem učiniti iz vana na vratu pristupačnim za ubadanje igala, ali rezultati do sada ne zadovoljavaju.

Samom aplikacijom radiuma možemo malo postići kod raka maksile, neznatno više nego što kod ove lokalizacije raka postizavamo samim kirurškim zahvatom s kojim, kako su pokazale opširne statistike, jedva kada postizavamo trajno izliječenje. Naprotiv do 35% trajnih izliječenja postizavamo Holmgrenovom metodom, koja sastoji u tom, da tumor električno iskuhamo i koaguliramo, te neposredno nakon zahvata u nastalu šupljinu uložimo radium.

U zadnje vrijeme sve to bolje rezultate postizavamo kod raka u larinksu. Medjutim tehnika aplikacije još je u razvoju, te razni instituti upotrebljavaju razne tehnike, medjusobno često posve različite. Odlične rezultate vidimo, kad nakon kirurškog odstranjenja dijela hrskavice larinksa, kojim činimo neke vrsti prozor u toj hrskavici, direktno u tumor ubadamo radijske igle.

Kod raka u jednjaku uvodimo radium pomoću sonde u lumen jednjaka, neki ubadaju staklene kapilare s emanacijom u sam tumor. Postignuti rezultati samo su palijativni, trajnog izliječenja nema, kao što ga nema za sada niti s jednom drugom metodom liječenja kod ovog oboljenja.

Samo palijativne rezultate postizavamo takodjer i kod raka rektuma, ali više puta vrlo dobre i dugotrajne. Posvemašnjih trajnih izliječenja nema. Niti pokušaji, da se operativnim odstranjivanjem sakralne kosti učini rektum pristupačan za ubadanje igala nisu naročito poboljšali rezultate.

Nikakovi rezultati se ne postizavaju radijem kod raka plućiju, jetre, crijeva kao ni kod hipernefroma, te je tehnički praktički nemoguće liječenje kod ovih oboljenja radijem uopće provoditi. Kod raka želuca pokušava se operativno želudac fiksirati uz trbušnu stijenu i onda ubadati igle. Rezultati su slabi bez obzira na to, da je taj zahvat rijetko indiciran i izvediv. Treba naime da želudac zajedno s tumorom bude mobilan, a istovremeno da nije rak operabilan. Ova pak kombinacija ne nailazi se gotovo nikada. Kod operabilnog raka želuca pokušavati terapiju radijem smatram velikom pogreškom.

Uspjesi kod raka dojke do nedavno nisu bili naročito dobri tako, da je rak dojke radije upućivan na terapiju röntgenom. U zadnje vrijeme znatno je usavršena tehnika obasjavanja raka dojke, koje provodimo istovremenim ubadanjem igala i zračenjem izvana mulažom. Time su uspjesi znatno poboljšani, te će vjerojatno rak dojke postati zahvalno područje radium terapije.

Veliku ulogu igra radium kod liječenja raka maternice i to naročito kod *Carcinoma colli uteri*, gdje se radijem postizava procentualno jednake rezultate kao operacijom, ili i bolje preko 20% izliječenja, tako da mnogi uvaženi kliničari kod ovog oboljenja posve napuštaju operativno liječenje.

Naprotiv kod *Carcinoma corporis uteri* većinom se prvenstveno pokušava operativno liječenje, pošto su uspjesi bolji, nego kod liječenja radijem.

Dosta slabi su uspjesi radijem kod liječenja raka vagine, a kod raka vulve trajne rezultate zapravo postizavamo radijem samo u kombinaciji s električnim iskuhavanjem i koagulacijom.

Dobri su rezultati kod raka penisa, premda se ovdje i röntgenom, protivno uobičajenom mišljenju, kadšto postizava dobre rezultate.

Rak u mokraćnom mjehuru moramo tek učiniti pristupačnim suprapubičnim operativnim otvaranjem mjehura, da bismo mogli u bolesno tkivo ubadati radiumske igle. Liječenje radijem i ovdje kombiniramo s električnom koagulacijom tumora u koliko je tehnički moguće. Postignuti su pojedinačni rezultati, koji su, ako i malobrojni, kod ovog inače beznadnog oboljenja od velike važnosti i vrijednosti za bolesnika.

Kirurško liječenje raka prostate također je prilično bezizgledno, jedva da su kada ustanovljeni i provjereni trajni uspjesi. Tim je veća važnost liječenja raka prostate radijem, kojim više puta postizavamo uspjehe kakovi iznenadjuju. Najbolje uspjehe postizavamo kad liječenje provodimo na taj način, da perinealnim rezom razmaknuvši rektum od uretre prodremo do same bolesne prostate i u nju ubadamo igle.

Do pred kratko vrijeme upotrebljavalo se radium terapiju gotovo samo kod karcinoma, dok se kod sarkoma više upotrebljavalo röntgen. Smatralo se, da sarkomi pod uplivom radiumovih zraka doduše brzo nestanu, ali da naskoro dolazi do recidiva, dok se smatralo da röntgenom postizavamo trajnije rezultate. Medjutim produženjem vremena obasjavanja rezultati postignuti radijem znatno su poboljšani tako, da će vjerojatno i sarkom kod bolesnika, kod kojih će liječenje radijem biti tehnički provedivo, postati domenom ovog liječenja.

Liječenje radijem stalno se usavršava, postizavaju se uvijek sve bolji uspjesi. Važno je da ga upotrebimo tamo, gdje možemo ovim liječenjem nešto postići. Pokušaji da liječimo beznadna oboljenja samo su u stanju da uskolebaju povjerenje u ovu metodu liječenja i suvišno zaokupljaju dragocjeni elementi, koji bismo mogli u to vrijeme kod drugih bolesnika korisno upotrebiti. Neki očekuju od radiuma čudesa, drugi uopće ne vjeruju u mogućnost uspješnog liječenja raka radijem. Nesumnjivo i jedni i drugi imaju krivo. Radium kao i svako drugo sredstvo liječenja imade svoje indikacije. Ako se držimo indikacija imati ćemo dobro uspjehe, ako ih se ne držimo nužno moramo doživjeti razočaranja.

Zusammenfassung:

Im Rahmen eines Vortrages zusammengefasste Darstellung des derzeitigen Standes der Radiumbehandlung des Krebses. Eigene Gesichtspunkte werden auf der Erfahrung aufgebaut. Spickmethoden werden stets bevorzugt. Die Radiumbehandlung der Haut und der Lippenkrebe wird als Methode der Wahl angesehen, dabei sollen bei Lippenkrebsen die regionären Lymphdrüsen operativ entfernt werden. Versuche einer Radiumbehandlung des

operablen Magenkrebses werden abgelehnt. Gute Erfolge sind zu erreichen bei Prostata und Larynxkrebs in Kombination mit chirurgischem Vorgehen. Die ständig grösser werdende Bedeutung der Radiumbehandlung des Brustdrüsenkrebses wird betont. Entscheidend für den Erfolg der Radiumbehandlung ist die Indikationsstellung. Nur wenn diese richtig ist, kann man Erfolge erwarten.

Dr. B. ŠKERLJ:

Prispevek k Ogino-Knausovi „metodi“

V zadnjem času se pri nas zopet mnogo piše o t. zv. Ogino-Knausovi metodi, po kateri bi bilo mogoče regulirati zaploditev, odn. zanositev. Tudi v dnevnem časopisju se o tem mnogo razpravlja in opozarja ljudi na neko znanstveno, sicer važno odkritje, ki pa nikakor nima in po bistvu narave ne more imeti ceno *metode*. Zato smo to metodo dali v narekovaje.

Kaj zahtevamo od metode? Najmanj vendar to, da je uporabna ob točno znanih pogojih, torej da ji je osnova zakonitost, ob kateri sledi na določen vzrok (dražljaj) določen učinek (posledica, reakcija). „Zakonitost“ pa je tu mišljena v zavesnem odtenku k „pravilnost“. Vprašanje je, da-li poznamo v biologiji, pri živih bitjih katerekoli vrste, da celo že pri enostaničarjih, kakšne pojave, ki jim moremo pripisati lastnost zakonitosti v tem smislu, kakor jo poznamo n. pr. v fiziki ali kemiji, namreč da določenemu znanemu vzroku vedno in točno enako sledi ista posledica, isti učinek. Moje mnenje, ki ga tu ne morem na široko utemeljiti, je, da o *taki* zakonitosti pri živih bitjih ne moremo govoriti. Govorimo pa lahko o pravilnosti, o pravilih. Tako tudi često citirani Mendel-ovi zakoni *niso zakoni v tem strogem smislu*, temveč *samo pravila*, od katerih poznamo tudi nekaj izjem. Ako jih ne bi bilo: Koliko lažje bi bilo n. pr. braniti sterilizacijsko zakonodajo!

Pri opazovanju, ki se tu tiče našega vprašanja o „metodi“ Ogino-Knaus, gre za nek normalen priroden pojav, ki vstreza v vsakem oziru oznaki „pravilo“, ne vstreza pa oznaki „zakon“. Na pravilih pa je težko postavljati „metode“, ki naj bi veljale za vse in v vsakem primeru. Tu bi lahko kdo rekel, da se je na izjeme često opozarjalo in da velja omenjena „metoda“ samo za te in te določene primere. Res je, toda končni vtis po čitanju nekaterih člankov je, da je ta metoda nekako odrešilna, ker je skoro v vsakem primeru uporabljiva.

Tako je ena glavnih premis te „metode“ (v smislu zakonitosti), da morajo biti *menstruacije* dotične ženske, ki se je hoče poslužiti — v pozitivnem ali negativnem smislu — *redne*. Prav s tem vprašanjem se hočemo tu baviti. Kajti v nobenem — pri nas objavljenih — člankov nisem zasledil niti poskusa konstatacije, v koliko primerih je menstruacija sploh redna, ali je redna stalno, ali se morda menja redovitost, kakšni so pogoji redo-

vitosti itd. Tudi tu bo kdo morda rekel, da je znano, da so menstruacije redkokdaj redne in da so pogoji, ob katerih se tip redovitosti menja, vendar znani. Drugi pa bo trdil, da so menstruacije redne in da je nerednih malo, kar trdi n. pr. sam Knaus. Poskusil sem na dokaj obširnem materialu, ki sem ga nabral na svojih študijskih potovanjih po Norveški in Poljski, preiskati vprašanje redovitosti menstruacije, baš radi „metode“ Oginio-Knaus.

Moj norveški material obsega 3859 opazovanj, ki so posneta iz bolniških listov obstetričnih in ginekoloških oddelkov in klinik v Oslu, Bergenu in Trondheimu. V teh listih se beleži tip redovitosti navadno le jako primitivno, namreč: „redno“, „neredno“, „vsak tretji teden“, „vsak peti teden“, jako redkokdaj podrobneje. „Redno“ pri tem pomeni normalni ciklus štirih tednov. Koliko natančno, na kakšno dobo, tega iz te oznake seveda ne razpoznamo. Vendar smo našli v tem materialu, ki je bil razmeroma tako netočno označen (toda drugje ni bolje!), 390 primerov ali 10,10% z nerednimi menstruacijami. Pri tem lahko povem, da je nerednih menstruacij pri neporočenih materah več (14,0%) kakor pri poročenih (9,37%). O vzrokih te razlike tu ne bomo razpravljali. Važno je, da na vprašanje o redovitosti svojih menstruacij vsaka deseta ženska odgovori, da niso redne. Teh deset odstotkov torej gotovo ne pride v poštev za „metodo“ Oginio-Knaus. Toda s tem nismo opravili.

Na Poljskem imajo v C. I. W. F. -u (Centralnem inštitutu za fizično vzgojo) v Varšavi točne beležke o menstrualnih ciklih vsake študentke skozi 20 do 22 mesecev študija. Imel sem priliko spoznati vseh doslej izpisanih 152 menstruacijskih kart teh gojenk. Ker so tam beležke v razmerju z noticami v bolniških listih idealno točne, se je dala izdelati metoda presojanja redovitosti menstruacijskih ciklov. Ta metoda obstoji v indeksu redovitosti, ki se glasi:

$$I = \frac{\text{Vsota vseh diferenc, ki so večje od treh dni.}}{\text{Vsota vseh diferenc, ki so manjše od treh dni.}}$$

Diference: od prvega dne ene do prvega dne sledeče menstruacije je poteklo n. pr. 28 dni do naslednje 24 dni, do naslednje zopet 29, do naslednje 27 dni itd. Tu so diference med temi razstoji 4, 5 in 2 dni. Indeks bi bil torej $2:1 = 2$, kajti preko treh dni sta dve diferenci, manjša od treh dni pa je ena. Razume se, da je ta indeks tem točnejši, čim daljšo dobo opazovanja imamo pred sabo. 22 mesecev je že čisto lepa doba opazovanja. Iz značaja indeksa sledi, da je idealna redovitost v mejah ± 3 dni takrat, ko je indeks enak 0,00, t. j. takrat kadar ni niti ene difference večje od treh dni, torej 0:X. Razume se, da tudi meja ± 3 dni še ni idealna za oznako „absolutne“ redovitosti menstruacije. Absolutna redovitost bi bila samo pri čisto točnem ciklu kateregakoli števila dni. Toda tri dni smo vzeli kot mejo posvetu z inštitutsko zdravnico z ozirom na vendar morebitne netočnosti v zabeležbi. Toliko o metodi za obdelavo tega materiala. Torej: Čim nižji je indeks, tem rednejša je menstruacija (neglede na tip razstoja), čim višji indeks, tem nerednejša.

Naj tu sledi tabela, kako je ta indeks redovitosti razdeljen med študentkami inštituta:

Indeks	primerov	%
0,00	1	0,66
0,01 — 0,25	10	6,57
0,26 — 0,50	37	24,32
0,51 — 1,00	62	40,75
1,01 — 1,50	13	8,55
1,51 — 2,00	10	6,57
2,01 — 7,00	19	12,51

Iz te tabele je razvidno, da se je ta indeks izprevergel v indeks neredovitosti! Torej samo ena ženska od 152 ima redni cikel v mejah ± 3 dni. Seveda moramo tu upoštevati, da gre za ženske, ki žive v posebnem okolju telesnega dela in napora, saj imajo dnevno po 2—3 ure praktično telovadbo in šport itd., imajo izpite, imajo zimske (smučarske) in letne (plavalne in nekake skavtske) tečaje. Ampak: koliko žensk pa je skozi eno, odn. skozi dve leti v stalno istem okolju? Če — upoštevajoč, da gre pri naši seriji za športnice — pomnožimo 0,66% s 100, t. j. če predpostavimo, da imajo nešportnice stokrat rednejše menstruacijske cikle, bi dobili samo 65,7% žensk z rednimi menstruacijami. Torej jih okrog 34% zopet ne pride v poštev za „metodo“ Oginio-Knaus! Pa smo lahko še liberalnejši in rečemo, da vzamemo za „redno“ vse do indeksa 1,00; tako dobimo 72,3% rednih menstruacij in ca. 28% nerednih.

Ker smatramo te številke brez dvoma lahko za bolj točne, kakor one iz Norveške, skušajmo spraviti norveško serijo povprečnih žensk iz vseh mogočih okolij v sklad s temi številkami, ki smo jih izkalkulirali na Poljskem. S predpostavko, da smatramo še vse cikle do indeksa 1,00 za redne, smo dobili 72,3% rednih in 27,7% nerednih, t. j. rednih je 2,6 krat toliko kakor nerednih. Če pomnožimo odstotek nerednih ciklov za Norveško (10,10) z 2,6, dobimo 26,26% nerednih ciklov, toda v mejah od 24,36 za poročene, do 36,40% za neporočene matere.

Vsekakor vidimo iz tega, da moramo računati z nekako 27% nerednih menstruacijskih ciklov. *To pa ni tako majhno število, da bi mogli mirne duše proglašati Knaus-Oginovo odkritje za praktično uporabno, normativno metodo!* Dvomim, da bi vse ženske opazovale svoje cikle vsaj skozi eno leto vestno in da bi zapisale „neredno“, če se jim menstruacija zakasni ali prezgodaj pojavi za tri, štiri dni. In vendar bi to tu bilo važno. Razen tega seveda redovitost ali neredovitost menstruacije ni edina neznanica v našem, odn. Oginio-Knausovem računu. O sposobnosti življenja in oploditve spermijev imamo važne preiskave Moencha, toda dokaj negotov je sam čas ovulacije. Skoro čisto neznan je vpliv letnih časov na fertiliteto pri istem individu. K temu vprašanju bi samo opozoril na znano, toda eksaktno še neraziskano dejstvo, da se porodi v nekaterih rodbinah vrše samo v določenem letnem razdobju. Da opažamo tudi pri človeku še nekaj ostankov „rujenja“, odn. „dobe paritve“, v kateri dobi je fertilitetnost moškega

in ženske večja, dokazujejo nekatera opazovanja, zlasti pri nezakonskih porodih, pa tudi pri zakonskih (Lan'g, Škerlj).

Da se povrnem k pojavu menstruacijskega cikla, naj še pripomnim, da so ženske, ki imajo skozi 10 in več mesecev popolnoma reden cikel, potem se spremeni okolje (potovanje, hrana, izpit, razni drugi psihični insulti) in menstruacija nastopi prej, ali pa se zakasni. Pripomnim, da bi bil indeks redovitosti za tako žensko, ki ima samo enkrat na leto neredno menstruacijo v mejah ± 3 dni, 0,08 do 0,09 (po tipu cikla), torej razmeroma dober. Toda Oginov-Knausova „metoda“ zahteva popolno redovitost, ne v mejah ± 3 dni! *Priporočati bi torej bilo, da bi oni, ki Oginov-Knausovemu odkritju pripisujejo značaj normativne metode, na večji seriji žensk iz raznih okolij statistično brezhibno dognali, koliko odstotkov žensk ima absolutno (torej na dan!) reden ciklus, skozi vsaj eno leto. Predno take statistike ni, so vsa pavšalna javna priporočila Knaus-Oginove „metode“ brez potrebne znanstvene utemeljitve. Razen tega bi bilo potem seveda treba rešiti še vsa zgoraj omenjena vprašanja, ki jih nista rešila še niti avtorja „metode“, dasi te probleme gotovo poznata. Ni mi znano, da-li je tudi Oginov delal toliko reklame, niti ne, ali je obema avtorjema prav, da delajo toliko — nb. neosnovane in bombastične — reklame za to „metodo“ v dnevnem časopisju drugi. Vsekakor je za enkrat priporočljiva še velika skepsa, ki je v naravoslovju, zlasti pa pri odkritju kakšnega biološkega „zakona“ sploh na mestu, če naj stvar izgleda resno.*

Tako pa čutim kot biolog, ki se že 8 let bavim s pojavi menarhe in menstruacije, potrebo, da resno svarim pred „metodo“, ki ni in po današnjem stanju znanja o vseh tu v poštev prihajajočih pojavih, *ne more biti metoda!* „Oginov-Knaus“ spada v ordinacijo, ne pa v dnevnik in lajiške revije!

Zusammenfassung.

B. Škerlj: Ein Beitrag zur Oginov-Knaus Methode. — Da in der letzten Zeit über diese „Methode“, die die notwendigsten Bedingungen eines „Natur-Gesetzes“ nicht erfüllt, in unseren Zeitungen häufig die Rede ist, muss erneut auf einige der wichtigsten noch nicht oder nicht genügend bekannten Tatsachen aufmerksam gemacht werden. Die Regelmässigkeit der Menstruationszyklen ist so labil (wir errechneten etwa 27% unregelmässig menstruierende Frauen) und ausserdem noch so unzulänglich untersucht, dass von einer normativen Methode auf Grund der Oginov-Knauschen Beobachtungen nicht die Rede sein kann. Dass ausserdem noch viele andere Faktoren (Ovulationstermin, Periodizität der Fertilität, Befruchtungsfähigkeit der Spermien) wenig bekannt oder unbekannt sind, kann den Glauben in die „Methode“ nicht festigen. Vor der Anpreisung dieser Beobachtungen als normative Methode in Tageszeitungen ist also aus der notwendigen wissenschaftlichen Skepsis heraus dringend zu warnen!

O ljubljanski bolnici

Pišejo in govorijo v zadnjem času čimdalje več o „razmerah“ v ljubljanski Obči drž. bolnici. Za to vprašanje se javnost upravičeno živahno zanima. Mislim pa, da je dolžnost predvsem vodilnih zdravnikov te bolnice in zdravstvene uprave sploh, da povedo svoje mnenje, na kak način bi bilo mogoče najhitreje in z najmanjšimi žrtvami doseči, da bi v največji bolnici naše banovine zopet vladale vsesplošno zadovoljive in vzorne razmere kakor nekaj. Z odkrito besedo onih, ki jih „razmere“ same, še bolj pa bolj ali manj pretirane govorice o njih najhujše bolé, bi se dalo morda najlažje preprečiti napačno in enostransko obveščanje javnosti o tej pereči zadevi.

Zato se je uredništvo Zdrav. Vestnika obrnilo do vseh vodilnih zdravnikov s prošnjo, da bi na tem mestu jasno in stvarno povedali svoje mnenje. Urednik.

Stara ljubljanska bolnica (krog leta 1870) nastanjena na Dunajski cesti, je imela prvotno samo troje oddelkov: medicinski, kirurgični in ženski. Medicinskemu je bil dodeljen kot nekak apendiks še psihijatrični oddelek, opazovalnica in blaznica-hiralnica obenem.

Tekom časa sta se izločila iz kirurgičnega odd. še oddelek za očne in kožne bolezni kot samostojna oddelka, dočim se je ženski oddelek interno razcepil v genikološki in porodniški oddelek.

Ob preselitvi stare bolnice po potresu v sedanjo bolnico je le-ta štela z novoustanovljenim infekcijskim oddelkom, pododdelkom za kožne bolezni, v resnici samo 6 oddelkov, od katerih je bil medicinskemu oddelku priklonjen opazovalni, kožnemu pa infekcijski oddelek. Na vseh oddelkih so bili izmed njihovih primarijev samo trije specialisti. Na zahtevo vlade so morali ustanoviti tudi prosekturo.

Tekom let se je ob razvijajoči se znanosti in nujnih zahtevah časa odcepil od kirurgičnega oddelka še otosolaringološki oddelek, od medicinskega pa se je osamosvojil oddelek za živčne in psihične bolezni. — Nadalje je bilo treba napraviti prostor še rentgenološkemu inštitutu.

Zidalo se ni v tem času toliko kot nič, ampak na novo nastale oddelke se je jednostavno zmašilo v dotedanja poslopja. Prosekturo pa so razširili tako, da so v njej z neznatnimi prezidavami in dozidavami nastanili še higijenski inštitut i t. d.

Umevno je torej, da prostora nedostaje in da bi ga nedostajalo tudi, če ne bi bilo prišlo do osamosvojitve oddelkov, ki s svojimi preiskovalnimi prostori, laboratorji, operacijskimi sobami, pisarnami i t. d. zahtevajo vedno več prostorov.

Iz tega sledi, da je najmanj potrebno, da se bolnica razširi.

Ideal bi seveda bila nova moderna bolnica, ki bi morala imeti pa najmanj prostora recimo vsaj za 1000 bolnikov, kar je mnogo premalo računano za prihodnjost. Če računamo še tako nizko vsako posteljo po samo

50.000.— Din, — nemške klinične postelje stanejo vsaka tudi do Din 150.000.—, — bi stala taka bolnica najmanj Din 50,000.000.—, ne vračunši potrebnih vsot za stanovanja zdravnikov, biblioteke, bralnice, ležališč, igrišč, konverzijske prostore, rešilne postaje, nove institute, n. pr. za radij i t. d. tako, da se mi vsota 70,000.000.— Din. za prav skromno novo moderno bolnico nikakor ne zdi previsoka. O postulatu, da bodi vsakemu oddelku šef obenem njegov direktor, in da stanujejo vsi zdravniki na oddelkih, niti ne govorim.

Kje pa naj se ta denar dobi, o tem je menda odveč diskutirati.

Preostane torej misliti, kaj je za nas zmoGLjivo.

Brezdvomno bo treba nekaj na novo zidati, nekaj dozidati in prezidati, poleg tega pa bolnico razbremeniti kjerkoli to gre.

Obveljati mora princip, da je bolnico rezervirati samo za vse ozdravljive, predvsem torej akutne bolezni in za življenje neposredno ogrožujoče primere.

Semkaj spadajo predvsem vse kirurškične panoge, osobito kirurškični oddelki v ožjem pomenu besede, ki nujnih primerov: nezgodnih okvar, ran, nujno potrebnih operacij i t. d. nikakor ne mogó odklanjati, in ki so uprav radi tega trajno prenapolnjeni.

Če bi nadalje zgradili paviljon za infekcijske bolezni tudi v širšem pomenu besede (legar, griže i t. d.) bi bil interni oddelek takoj in trajno razbremenjen. Nadalje bi bilo principijelno odklanjati vse neozdravljive kronične bolezni (stare bronhijalne katarje, emfizeme, srčne bolezni, atritide, revmatizme), ker jemljejo samo prostor ozdravljivim bolnikom, terapevtičen efekt je pa minimalen. Vsi ti in slični primeri sodijo v hiralnico.

Po mojem mnenju tudi kronična tuberkuloza, kjer ne gre za kake krvavitve iz pljuč i t. d. ne sodijo na interni oddelek.

Iz tega izvajam:

1. Skrbeti je za takojšnjo razširjenje kirurškičnega oddelka.
2. Nadalje za zgraditev paviljona za infekcijske bolezni v širšem pomenu besede.
3. Končno naj se adaptirajo primerna poslopja — instituti tako v mestu kot na deželi za hiralce.

Izvesti je torej treba, da razni zavodi, ki jim ni treba, da so nastanjeni v Ljubljani, izginejo iz mesta na deželo. V tako izpraznjenih stavbah se lahko namesti in porazdeli bolnike hiralce.

Ker izlepa tudi ne pridemo do novega kirurškičnega poslopja, a čakati dalj ne moremo, predlagam in concreto, da se odkupi Leonišče, ki je že kirurškično opremljeno in ki bi po nekaterih neznatnih adaptacijah bilo takoj uporabno in bi odpomoglo sedajni kirurškični mizeri. St. Peterska vojašnica pa je povsem neprimerna za vsako bolnico.

Ti projekti so po mojem mnenju tekom enega leta najkasnejše izvedljivi, in mislim da ne bi prekoračili stoškov 25,000.000.— Din.

Seveda si ne domišljam, da bi s tem bilo vprašanje bolnice rešeno, kakor bi to bilo treba. A sedanjim razmeram bi bilo izdatno pomagano. Odločujoči faktorji, ki pa potrebujejo za svoje razmišljanje in celo za svoje odločitve mnogo, mnogo časa, pa bi tudi prišli za nekaj let t. j. za približno dobo vsaj ene generacije do toliko potrebnega miru.

Doc. dr. Iv. Robida.

Dermatološki oddelek bi moral biti že pred svetovno vojno prezidan in razširjen; načrti so bili narejeni, a ne izvršeni. Po svetovni vojni, post tot discrimina rerum et annos je anketa, ki je bila leta 1932 sklicana, da prouči vprašanje povečanja bolnice, pripoznala oddelku vsoto Din 1,200.000— za njegovo renovacijo.

Če pogledamo število bolnikov oddelka zadnjih let, vidimo, da naglo rase in da je bilo koncem leta 1935 še enkrat toliko bolnikov kakor v letih pred svetovno vojno, ko je bilo vprašanje razširitve oddelka na dnevnem redu. Leta 1932 je bilo 1722, leta 1933 — 1971, leta 1934 — 2157, leta 1935 — 2413 in pred vojno je bilo leta 1910 — 1145, leta 1911 — 1147 in leta 1912 — 1100 oskrbovanih bolnikov. Število bolnikov bo še raslo, ker bodo vsi brezposelni, kateri so bili kot delavci v zdravniški oskrbi OUZD, iskali zdravja v bolnici; druge bo usmerila beda v bolnico, ker ne zmorejo zdravnika in zdravil. Radi bede in nehigijenskih razmer doma razsajajo že leto dni garje; 6, včasih do 10 garjevcev dnevno odpravlja oddelek. Za vse razne kožne bolezni imamo 40 postelj na razpolago, 20 za ženske, kar je pri velikem številu kožno bolnih mnogo premalo.

Še večji križ imamo s spolno bolnimi. Po statistiki, objavljeni v lanskem „Zdrav. Vestniku“ naraščajo spolno bolni, da človek že obupuje. Brezposelnost, beda, vagabundaža pripomorejo mnogo k temu. Spolne bolezni zahtevajo več let intenzivnega zdravljenja in število sifilitikov, katerih nimamo v evidenci, rase v lahko napeti krivulji. Radi prenapolnjenosti sob zapuščajo bolniki bolnico zboljšani, a ne ozdravljeni.

Pa te prostitutke brez discipline, neukrotljive, pobrane na cesti! Radi njih trpi ugled celega oddelka. Za spolno bolne bi moral biti poseben paviljon!

Oddelek je za današnje razmere veliko premajhen, prostori pretesni in prostorov premalo.

Ne verjamem, da bi se mogel napraviti iz njega moderen paviljon z moderno operacijsko sobo, s sobo za obsevanje, z laboratorijem in modernimi kopalnicami i t. d. Flikarija ostane flikarija! Če bi bilo izvedljivo, bi bila nova moderna bolnica zunaj Ljubljane naš ideal.

Prim. dr. I. Demšar.

Še o legalizaciji splava

Glasovanje, ki bi ga naj izvêdlo Slov. zdrav. društvo po predlogu tovariša dr. Furlan-a v 11. številki Zdravniškega Vestnika, bi bilo jako potrebno in zanimivo. Ni pa potrebno, da je glasovanje tajno, nasprotja so zgolj idejna; ako se krešejo duhovi in s tem „brusijo uma svitli meči“, zato ostanemo lahko vseeno prijatelji.

Z legalizacijo splava iz socialne indikacije ne bi izpremenili morâle niti gospodarskega stanja. Vzroki tiče drugod, ne v številu otrok.

Socialna indikacija je zelo raztezen pojem. V primerih nedvomne bede je treba priskočiti na pomoč z drugimi socialnimi ukrepi in sredstvi.

Ako ima žena letno en porod, je mnogo; splavov more imeti v istem času več, posebno, ako bi bil splav legaliziran. Večkratni splavi ostavljajo, kakor že dokazano, težke sledove in naloga medicine ni, da vstvarja invalide.

Pametneje bi bilo, če bi se imela družba že odločiti za legalizacijo imenovanega splava, da se odloči za sterilizacijo iz socialne indikacije. Kastracija bi bila vsekakor preradikalna. (Sicer pa glasom poročil, ki prihajajo iz Nemčije, tudi sterilizacija ni tako nedolžna, kot se zdi na prvi pogled.)

Rase propadajo v blagostanju in v siromaštvu. Lepega dne se veja posuši na drevesu. Zakaj je nastopila degeneracija, kdo ve? Vnanji faktorji igrajo gotovo podrejeno vlogo. Isto velja za regeneracijo.

Kje tiči vprav zadnji vzrok, da se žena odloči za splav, dvomim, da bi kdaj vedeli. Razumljivo je torej, da govorimo le o onih, ki so nam dostopni in najbližji.

Obsoditi je treba na drugi strani populacijsko politiko, ki ima že a priori imperialistični in bojni značaj. Abortus kakor vojna sta zlo; katero je večje, je stvar osebnega mnenja.

Težko je posegati z legalizacijami v življenje, posebno intimno življenje; vedno in povsod naletimo na isto dejstvo, da se življenje nikakor ne dá stlačiti v en edinstven svetovni nazor.

Ti razlogi mi zadostujejo, da se priključujem sklepnim besedam tovariša dr. Furlan-a.

Iskustva sa floridom

DR. VLADISLAV M. BOGDANOVIĆ

Poslednjih nekoliko meseci postavljeno nam je češće pitanje od strane pacijenata o upotrebi floride. Zainteresovani postavljenim pitanjem pokušali smo floridu u profilaktičnoj i u terapijskoj svrsi na 52 slučaja kod manje i veće dece kao i kod nekoliko odraslih osoba i postigli smo zadovoljavajuće rezultate te mislimo, da ovo naše iskustvo neće biti na odmet.

Na osnovi naučnih podataka florida je prirodni biljni proizvod dobiven iz pamučnog semena iz koga je ekstrahovano ulje.

Prema mišljenju instituta za sudsku hemiju i mikroskopiju u Frankfurtu na Majni (Prof. dr. G. Popp i dr. H. Popp) florida sadrži oko 50% belančevine (azot, edestin, argidin i histidin); 7% mineralnih soli od kojih 3,3% fosforne kiseline ($P_2 O_5$), 3% aluminijumskih soli ($Al_2 O_3$), 0,1% kreča (Ca O), 0,14% magnezijuma (MgO). Iz literature se vidi, da florida sadrži pored toga i vitamine A, B, C i E, a i vitamin D može se lako aktivisati (v. analize „Die Vitamine“ od Berg-a, od K. Kuhn-a „Neues von den Vitaminen“, rad Evens-a i Burr-a: „Die Naturwissenschaften, sv. 16,1930, str. 359 i „Die Umschau“ sv. 33,1929, str. 650.

Prema stručnom mišljenju florida sadrži pored velike količine proteina i mineralnih materija još i vitamine. Prema tome ona sadrži najvažnije sastojke, koji su potrebni našem organizmu radi ishrane, radi rašćenja, jačanja i osvežavanja naših tkiva i organa kao i radi čuvanja od obolenja (rahitisa, skorbuta). U tome je i vrednost floride kao što nam je to potvrdilo i naše iskustvo kao i ranije stručno mišljenje drugih autora, na pr.: Prof. Noorden-a (Sanatorium Schloss Wildberg 20. nov. 1930) i prof. Hammer-a (bolnica Sv. Ane, Heidelberg 18. apr. 1933).

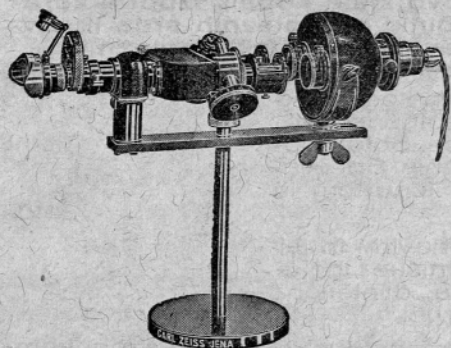
Iskustvo nam je pokazalo, da je florida bila lako varljiva kod naših pacijenata i da nisu utvrđene nikakve tegobe na digestivnom aparatu. Što se tiče dejstva na stolicu ona je bila u regulisanju. Štednih posledica nismo primetili ni na ostalim organima kao ni na živčanom sistemu.

Floridu brašno davali smo prosečno 15—20 dana i to prema slučajevima. Dnevna doza je bila po jedna kaf. kašika tri puta dnevno kao dodatak mleku, kakau, supi, medu, pekmezu, čaju, kafi. U nekoliko slučajeva ponavljali smo istu dozu posle kraće pauze.

Kod 5 rahitične dece primetili smo znatnu promenu u raspoloženju i poboljšanje statičkih funkcija, znoj je umanjen, posle 20 dana upotrebe floride.

Pribl. 175 kliničnih del s **ZEISS**

Pulfrichovim Photometrom



je bilo dosedaj priobčenih. V teh delih najdemo navodila in predpise za važne metode, ki se v laboratoriju vsak dan ponavljajo. Na primer za dolečevanje:

krvnega sladkorja, holesterina, hemoglobina, kreatinina, fosforja, residualnega dušika in drugega

Delo z Pulfrichovim Photometrom je priznano lahko, hitro in natančno

Tiskovine in nadaljnje informacije brezplačno



CARL ZEISS — JENA

Generalno zastopstvo za Jugoslavijo:

M. PAVLOVIĆ — BEOGRAD, M. Draškovićeve (Sremska) 9

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoj za rane v mali kirurgiji

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

Hidrofilna kompresa 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

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. Specialitete: 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!

GOSPOD DOKTOR!

Profituberkulozna zveza Vas prosi za Vašo pomoč v borbi proti tuberkulozi. — Profituberkulozna zveza je osrednja organizacija vseh profituberkuloznih lig v Dravski banovini, ona je osrednja organizacija profituberkulozne borbe v banovini sploh. — Podpirajte njeno delovanje povsod in z vsemi sredstvi!

Kod troje male dece, kojima su teško nicali zubi, florida je favorizovala formaciju i erupciju zuba posle 26 dana upotrebe.

Kod šestoro dece, koja su bolovala od morbila, zapalenja pljuća, gripe, konstatovali smo, da je lečenje išlo bolje uz ishranu floride. Bolesnici su se telesno bolje osećali i opšte stanje vidno se poboljšalo posle desetodnevne upotrebe floride.

Kod 11 malokrvne školske dece prilikom upotrebe floride dobili smo poboljšanje snage, dobitak u težini i povećanje hemoglobina prosečno za 20%. Deca su su osećala veselija, hitrija i bolje su radila, učila.

Kod 7 kapriciozne i jako razdražljive dece primetili smo bolji apetit, dobar san i hiperekcitabilitet je umanjen u osetnoj meri. Deca su postala veselija, raspoloženija i staloženija, i u glavnom, znatno su poboljšana duhovno i fizički.

Kod 8 dece sa mrljavim i slabim apetitom postigli smo dobre rezultate. Apetit se popravio, deca su ojačala i postala veselija.

Kod 3 dojkinje, kojime smo davali floridu ishranu, konstatovali smo posle deset dana povećanje i poboljšanje mleka. Odojčad, koja su dotle napredovala nedovoljno, osetno su počela dobijati u težini prilikom dalje upotrebe floride od strane njihovih dojkinja.

Kod 9 zdravih osoba (kako u psihičkom tako isto i u samotičnom pogledu), dodatkom floride uz ishranu dobili smo odlične rezultate u svakom pogledu.

Zaključak

Na osnovi ovoga iskustva naše objektivno mišljenje je, da florida nije lek već je dobro pomoćno biljno sredstvo, koje dopunjuje ishranu telesno oronulih kao i zdravih osoba. Ona sadrži dragocene hranljive sastojke (belančevine, fosforne kiseline, kreč, magnezijum i druge mineralne soli pored vitamina), koji ne samo da jačaju iznuren organizam od slabosti već hrane telo i popravljaju poremećen metabolizam tj. poboljšavaju nedostatke rdjave i pogrešne ishrane i profilaktično dejstvuju kao predohrana i sprečavanje od oboljenja.

Florida, dakle, savršeno deluje na popravku organizma, otvara apetit, podiže snagu i jača telo. Prema tome ona je koristan pomoćni preparat za ishranu, naročito u dečjem dobu, jer se njome postižu pozitivni rezultati kao i sa dosadašnjim renomiranim preparatima za dečiju ishranu.

Sestanka jugosl. kirg. društva sekcija Ljubljana

dne 14. maja in dne 15. okt. 1935

Primarij dr. Minař: „*Spondylitis tbc. operirana po Albee-ju*“. Predavatelj je predstavil slučaj tuberkulozne spodilitide s patološko frakturo z IX. v. d., ki je bil kompliciran s popolno spastično paralizo obeh spodnjih okončin ter težavami črevesnega in urogenitalnega sistema.

Spočetka se je terapija vršila z apliciranjem sadrenih steznikov, toda ni pokazala z ozirom na zgoraj naštete komplikacije nobenega zboljšanja.

Z ozirom na to se je napravila osteosinteza po Albee-ju. Potek zdravljenja je bil zelo kompliciran, ker so se pojavljale trofične motnje na koži in resne komplikacije v sečnem mehurju vsled trajnega katetriziranja. Vendar pa se je po štirih mesecih stanje popravilo. Pacijentinja je začela spontano urinirati in je občutila normalno stanje v obsegu spodnjih okončin, posebno v tem oziru, da so intenzivni spazmi, ki so se več mesecev pojavljali, pojenjali.

Kontrolni rentgenogram je pokazal, da je implantat dobro urašččen. Pacijentinja se lahko giblje, tako da se jo mora smatrati kot definitivno ozdravljeno.

Predavatelj je dalje teoretično obravnaval dve važni vprašanji, namreč indikacijo in tehniko Albee-jeve operacije.

Ta metoda je indicirana pri odraslih, ne pa pri deci. V glavnem se operirajo kronični slučajji s patološkimi frakturami vretenc, ki se niso z drugimi konzervativnimi sredstvi zboljšale. Abscessus frigidus ne kontraindicira operacije.

Originalna Albee-jeva metoda se vrši na sledeči način:

„Zareže se medialno, „processi spinosi“ se z dletom razcepijo. Implantat, ki mora biti 13—17 cm dolg, se vzame iz tibije in umesti v jarek napravljeni na dorzalnih trnih. Implantat se mora z žico odnosno svilo fiksirati“.

To je originalna metoda, katero se pač lahko pri raznih prilikah modificira (Hibbs, Calve, Galland itd.).

Namen operacije je ta, da nadomesti zunanji oporni steznik. Z ozirom na to je treba, da je implantat dosti dolg in dosti močan in da je fiksiran vsaj na dva zdrava vretenca, proksimalno in distalno od gibbusa. Z osteosintezo operirani pacienti morajo ostati vsaj šest tednov nepremično v horizontalni legi. Po preteku šestih tednov se lahko gibljejo z opornim sadrenim steznikom, ki se mora nositi približno 4—5 mesecev po operaciji.

Prim. dr. Vlad. Guzelj: *Ekscerpt predavanja 15. X. 1935. Diagnoza, terapija in prognoza perforiranega čira na želodcu in dvanajstniku.*

Diagnoza je tem težja, čim dalje časa je poteklo od perforacije; že po nekaterih urah moremo dobiti znake splošne peritonitide; navezani smo v tem stadiju povsem na anamnezo, ki je običajno tipična (bolečine so nastale naenkrat, dasiravno že preje želodec ni bil v redu). Po možnosti naj zdravnik pacientu ne predpisuje narkotikov, zlasti ne za kratek transport.

Terapija obstoja samo iz laparatorije in oskrbe perforacije ter se naj operira v vsakem primeru, razen ako bolnik že umira. Čimpreje se operira, tem boljša je prognoza: vsaka ura zamude lahko predstavlja za pacienta nenadomestljivo izgubo. Po možnosti naj v prvih 6 urah po perforaciji obstoji operacija v prostrani resekciji želodca; ako je bolnik slaboten in v poznejših urah pa iz prešitja čira in izsušenja trebušne votline; eventuelni eksudat, ki se nabere v Douglasu, se lahko naknadno potom incizije izprazni. Trebušna votlina naj se ne drenira oziroma tamponira. Gastroenterostomijo v novejšem času odklanjajo, razen v primeru, če je po prešitju čira pričakovati stenozne na tem mestu; ako pa je ta potrebna, naj se dela prednja gastroenterostomija z Braun-ovo anastomozo. Nevarnost, da se napravi tkzv. *ulcus pepticum jejuni*, je namreč pri G. E. dosti velika. Prednja gastroenterostomija pa naj se dela radi tega, ker je resekcija želodca in te anastomoze v primeru recidive tehnično lažja kot zadnja. Ekscizija perforiranega čira se le redko še omenja. Ako pa ni niti ena omenjenih operacij možna, naj se v skrajnem primeru poskusi z Neuman-ovo metodo: dren se potisne skozi perforacijo v želodec, obda intraperitonealno nekoliko z mrežo (omentum) ter izpelje na ta način želodčna vsebina ven; fistula se običajno spontano zapre. V glavnem moramo reči, da je končna odločitev prepuščena operaterju, ki bo sam izprevidel, kako metodo naj voli. Prav pa imajo avtorji, ki pravijo, da je operacija predvsem namenjena obrambi pred peritonitido in prihaja trajna oskrba čira šele sekundarno v poštev.

Dr. Prevec Slavko: *Angiomatosis retinae* (Morbus Hippel). Pacientka L. S. je obolela pred 14timi leti na desnem, letos pa je prišla na očesni oddelek drž. splošne bolnice radi obolelega levega očesa. *Angiomatosis r.* je dedna bolezen, nastopa često obojestransko in je večkrat združena z angiomatoznimi tumorji v centralnem živčevju, pankreasu itd. Tudi pri demonstirani pacientki je bilo poleg angiomatoze retine ugotovljeno oboljenje v hrbtnem mozgu. Neurološko-ortopedska preiskava in mielografija (izvršena na ortopedskem odd.) sta pokazali, da obstoji pri pacientki še *angiomatosis medullae*, da torej očesno oboljenje ni osamljeno, ampak da tvori skupno z oboljenjem v hrbtnem mozgu takozvani „*Lindau-Hippel-ov sindrom*“. Sledi demonstracija pacientke in projekcija akvarelne slike njene očesnega ozadja. Pri debati utemeljuje prim. dr. Minač diagnozo „*Angiomatosis medullae*“ na podlagi demonstiranih mielogramov.

Dr. Arko Venčeslav: *Stenosis recti gon. operata*. 27 let stara bolnica, čije rodbinska anamneza je brez posebnosti. Tudi kasneje vedno zdrava. Inf. ven. neg.

Leta 1927. je rodila. Porod je bil febrilen. Ob koncu čišče se je pojavil močen fluor. 6 mesecev po porodu so se prvič pojavile težave s strani črevesa. Odvajanje je bilo neredno, driske so se menjavale z obstipacijo. V istem času so se pojavile ob analnem robu za grah velike eflorescence.

Leta 1930 je prišla prvič na kirurški oddelek ljubljanske bolnice. Vse tedanje preiskave na WaR, Go, in Tbc so ostale negativne. Klinično je bilo opaziti stenoziran rektum, okoli roba anusa pa ploščate eflorescence, ki so bile približno podobne širokim kondilomam kot pri lu. Bolnica je potem odšla domov in ni dovolila operativnega posega, temveč je prišla le od časa do časa na ambulantni pregled.

Leta 1933. je prvič opazila krvavkast iztok iz anusa. Nerednosti odvajanja (obstipacija, driske) trajajo dalje. Vsled močne anemije je bila napravljena transfuzija krvi. Ker je bil istok vedno večji, kakor tudi bolečine,

se je bolnica končno leta 1934. odločila, da pristane na operacijo. Napravljen je bil anus preternaturalis. Dalnje zdravljenje je obstajalo v obsevanju in izpiranju rektuma z raztopino hiper mangana in slično. Tipičen je bil vaginalni izvid. Skozi vagino se je palpiral rektum, ki je bil trd (strangartig) pri tem pa ni bil zraščan z okolico. Cela tvorba je bila dolga približno 10 cm. Kasneje se je v več sejah s pomočjo diatermije odstanilo kondilomata.

Leta 1935. je postajal iztok vse večji in obenem gnojen, vsled česar smo se končno odločili za radikalno operacijo, na katero je bolnica pristala. Rez kot pri Kraskeju, amputiral se je rektum obenem z anusom vred.

Preparat: Sluznica rektuma pretvorjena v brazgotinasto tvorbo, na kateri ni opaziti nikakih ulkusov. Ravnotako ni opaziti povečanih žlez.

Histološki izvid: močni plazmocelularni infiltrati, hipertrofija mišičja, sluznica razdejana.

Diferencialno diagnostično pridejo v poštev: ulcerozna kolita, dizenterija, lues, ca, aktinomikoza.

Proti dizenteriji in ulcerozni koliti govori anamneza. Proti lu govori negativen WaR, proti ca negativen histološki izvid. Ravnotako ni bilo najti tudi za aktinomikoza ničesar tipičnega.

Bakterijološka preiskava na go je bila sicer tudi negativna, vendar pride tu go predvsem v poštev z ozirom na potek in klinični izvid.

STANOVSKI VESTNIK

Ciklus predavanj o tuberkulozi

Pod okriljem Okrožnega urada z. z. d. se bo vršil v Ljubljani ciklus predavanj o tuberkulozi. — Da bi bila udeležba omogočena vsem gg. tovarišem, tudi izven Ljubljane, se bodo predavanja vršila ob sobotah popoldne od 16. do 18. ure v dvorani Okrožnega urada za zav. delavcev v Ljubljani, Miklošičeva cesta.

Predavanja se bodo vršila samo, ako se prihlasi zadostno število udeležencev. Zato naprošamo gg. tovariše, ki se žele udeležiti ciklusa, da to sporoče najkasneje do dne 20. II. t. l. na naslov OUZD v Ljubljani, Miklošičeva cesta, kjer dobe tudi vse druge informacije.

Program predavanj:

- Dne 7. marca: 1. Dr. R. Neubauer: „Novi nazori o patogenezi tbc.“
2. Dr. J. Prodan: „Diagnoza tuberkuloze s sredstvi praktičnega zdravnika.“
3. Prof. dr. A. Košir: „Laboratorijska tehnika.“
- Dne 14. marca: 4. Dr. R. Neubauer: „Tbc. v rentgenu“ (z demonstracijami).
5. Dr. I. Drobnič: „Diferencialna diagnoza“.
- Dne 21. marca: 6. Dr. T. Furlan: Zdravljenje tuberkuloze.
7. Dr. R. Neubauer: „Kolapsoterapija pljučne tbc. s posebnim ozirom na indikacije.“
- Dne 28. marca: 8. Dr. F. Minař: „Tuberkuloza kosti s posebnim ozirom na vprašanje tuberkuloze in traume.“
9. Dr. Jakša: „Tuberkuloza kože.“

- Dne 4. aprila: 10. Dr. F. Dereani: „Tuberkuloza oči.“
 11. Dr. Pogačnik: „Tuberkuloza grla.“
 12. Dr. Zajc: „Tuberkuloza v soc. zavarovanju.“
 Po vsakem predavanju diskusija, po koncu predavanj na željo udeležencev event. demonstracije.

V a b i l o

na XIII. redno skupščino Zdravniške zbornice za Dravsko banovino, ki se bo vršila dne 2. februarja 1936 ob 9. uri dopoldne v veliki dvorani OUZD. Ljubljana, Miklošičeva c. 20.

D n e v n i r e d :

1. Poročilo začasnega odbora.
2. Volitve,
3. Določitev članarine in proračun za leto 1936.
4. „Glasilo“ Zdravniške zbornice.
5. Samostojni predlogi.
6. Slučajnosti.

Opomba. Po določilih § 55 Zakona o zdravnikih je skupščina sklepčna, ako je navzoča $\frac{1}{5}$ članov. Eno uro kasneje je skupščina sklepčna pri vsakem številu navzočih članov. Začasni odbor je dne 2. I. zaprosil pri ministrstvu za promet za znižano vožnjo udeležencem skupščine.

Na podlagi § 59 se pri volitvah voli:

1. predsednik in podpredsednik,
2. upravni odbor (tajnik, blagajnik, 7 odbornikov in 4 namestniki),
3. nadzorni odbor (3 člani, 2 namestnika),
4. disciplinsko sodišče (predsednik, podpredsednik, tožitelj, namestnik tožitelja, 5 članov in 5 namestnikov).

Vsi odborniki se volijo za tri leta. Predsednik, podpredsednik, tajnik, blagajnik in 2 odbornika morajo stanovati v Ljubljani. Vsi zdravniki, vpisani v imenik Zdravniške zbornice imajo aktivno in pasivno volilno pravico.

Volitev je v smislu § 49 obvezna in tajna.

Glasuje se z glasovnicami, ki jih razpošlje odbor zbornice. Glasovnice se odda osebno ali priporočeno po pošti. Veljavne so le one glasovnice, katere dobi odbor, preden pridejo volitve na dnevni red skupščine.

Pristop na glavno skupščino imajo le člani, ki se morajo eventualno legitimirati. Ljubljana, dne 12. januarja 1936.

Začasni odbor:

Dr. Tičar Josip,
 Dr. Dereani Ernest,
 Dr. Meršol Valentin.

V a b i l o

na občni zbor Pokojninskega zaklada za zdravniške vdove in sirote v Ljubljani, ki se bo vršil dne 2. februarja 1936 od pol 3. uri popoldne v restavraciji Zvezda, Kongresni trg.

D n e v n i r e d :

1. Poročilo odbora in revizorjev.
2. Proračun za l. 1936.
3. Določitev pokojnine in članarine za l. 1936.
4. Eventualije.

D. Dereani Ernest,
 tč. blagajnik.

Dr. Mayer Ernest,
 tč. predsednik.

Dr. Hebein Josip,
 tč. tajnik.

V a b i l o

na občni zbor Zveze blagajniških zdravnikov, ki se bo vršil dne 2. februarja 1936 ob pol 2. uri popoldne v restavraciji Zvezda, Kongresni trg.

D n e v n i r e d :

1. Poročilo odbora in revizorjev,
2. Volitev.
3. Eventualija.

Dr. Janežič Pavel,
tajnik.

Dr. Dereani Ernest,
predsednik.

Davčna napoved pridobnine in davka na poslovni promet za leto 1936

Po davčnem zakonu morajo vsi zdravniki, ki vrše privatno zdravniško prakso od 1. do 31. januarja 1936 predložiti pristojni davčni upravi prijavo (napoved) za pridobnino in za davek na poslovni promet. Zdravnik, ki te napovedi v določenem roku ne predloži, mora plačati kazen 3% osnovnega davka; če pa niti na pismen poziv v nadaljnih 8 dneh ne vloži napovedi pa celo 10% osnovnega davka, ki mu ga določi davčna uprava.

Za pismeno napoved pridobnine in davka na poslovni promet služijo posebni obrazci, katere je dobiti po ceni Din 1.— pri davčnih upravah in ponekod tudi po trafikah.

V napovedi mora zdravnik javiti v preteklem letu 1935 dosežen kosmati dohodek svoje privatne prakse. Od kosmatega dohodka odšteje vse režijske stroške, katere je imel v letu 1935 pri izvrševanju privatne prakse in na ta način dožene dosežen čisti dohodek.

Dohodki (mesečni honorarji), katere ima zdravnik od svoje službe pri OUZD, Bratovskih skladnicah, Humanitarnem fondu drž. železnic, Bolniški blagajni trg. bol. in podp. društva v Ljubljani, Merkurja v Zagrebu, kjer je dokazano službeno razmerje, ne spadajo pod pridobnino — ne pod davek na poslovni promet in teh dohodkov zdravnikom ni treba več javiti davčni upravi. Od teh dohodkov se v smislu rešenja ministrstva financ odd. poreza z dne 5. XII. 1935 štev. 80354/III plačuje samo uslužbenski davek, katerega odtegujejo gori omenjene ustanove zdravnikom.

Če pa dobiva zdravnik oz. zobozdravnik od gori omenjenih ustanov samo od posameznega primera (bolnika) določen honorar za posamezne ordinacije oz. storitve in ne obstoja med zdravnikom in bolniško ustanovo služben odnos (službena pogodba, mesečni honorar), je treba od teh prejemkov plačati pridobnino.

Davčna napoved služi za podlago oceni davčne uprave in mora biti v stvarnem in formalnem oziru pravilno podana, da jo more davčni odbor kot verodostojno, dejanskim razmeram primerno in zanesljivo po zakonu vpoštevati. Poleg napovedi zdravnika služi davčni upravi za ocenitev pridobnine tudi mnenje Zdravniške zbornice, ki je po zakonu primorana na zahtevo davčne uprave pismeno oceniti čisti dohodek zdravnika iz privatne prakse.

Kosmati dohodek iz zdravniške prakse pomeni v letu 1935 od bolnikov res plačan honorar, ker dolžnega honorarja po večini ni mogoče izterjati. Kot režijske stroške mora zdravnik smatrati vse sledeče izdatke, ki so potrebni za izvrševanje prakse:

1. najemnina za ordinacijske prostore (ordinacijska soba, čakalnica, predsoba in drugi stranski prostori), ki odgovarja normalno polovici do $\frac{2}{3}$ celotne najemnine.
2. Kurjava in razsvetljava ordinacijskih prostorov.
3. Snaženje, vodarina in perilo za te prostore.
4. Obresti dolgov, ki obremenjujejo izvrševanje zdravniške prakse.
5. Davek na poslovni promet.
6. Amortizacija (10%) in popravilo inventarja in instrumentarija.
7. Prispevki za Zdravniško zbornico (175.—) in obligatorni prispevki za pogrebni sklad (250.—).
8. Zavarovanje pohištva in instrumentarija proti požaru in vlomu.

9. Nabava potrebnih zdravniških knjig in časopisov.
10. Stroški za telefon, pošto, recepti itd.
11. Izdatki za voz, kolo (amortizacija 10%).
12. Plače, prispevki za zavarovanja pomožnemu osebju in služabništvu (zobodravniki).

Režijski stroški pa niso izdatki potrebni za privatno stanovanje, hišno gospodinjstvo in prehrano zdravnika in njegove rodbine, niti vsi drugi neposredni davki in avtonomne doklade. Vsi podatki morajo biti verodostojni in zanesljivi, da zdravnik lahko dokaže s čim se preživlja, če ne živi na dolg. Zdravnik n. pr., ki nima lastnega premoženja oz drugih postranskih dohodkov od države, banovine, bolniških blagajn in je vezan samo na dohodek iz svoje privatne prakse, mora izkazati vsaj toliko kosmatega dohodka, da krije vse režijske stroške in mu ostane še čisti dohodek, s katerim lahko skromno preživlja sebe in rodbino — ali pa mora dokazati, da živi na dolg.

Za leto 1936 se pridobnina ne predpisuje več na podlagi dozdevnega blagostanja — to je po obsegu stanovanja, uslužbenec, avto itd. zdravnika. Zdravniki, po zakonu niso dolžni voditi knjig o opravljenem prometu.

Poslovni promet zdravnika se krije z višino njegovih kosmatih dohodkov iz privatne prakse.

IZ SOCIALNEGA ZAVAROVANJA

Poročilo

o zdravstvenem stanju zavarovanih delavcev in nameščencev v prvem četrtletju leta 1935

V prvem četrtletju tega leta se je zdravstveno stanje delavcev in nameščencev razvijalo v smeri poslabšanja. To se najbolje vidi iz pokreta bolnikov, ki so bili zdravljeni v ambulantah krajevnih organov Osrednjega urada in v ordinacijah pogodbenih zdravnikov delavskega zavarovanja. Dočim se je zdravilo meseca januarja 86.651 članov in 36.990 rodbinskih članov, v mesecu februarju že 91.262 članov in 38.348 rodbinskih članov se je zdravilo medtem v marcu celo 114.140 članov in 46.273 rodbinskih članov. Dočim je bilo tedaj v mesecu januarju bolnih 17.11 % zavarovancev, se je ta procent marca zvišal na 21.69 %. V celem prvem četrtletju tega leta se je zdravilo v ambulantah krajevnih organov v ordinacijah pogodbenih zdravnikov skupno 413.664 oseb. Od tega števila je bilo 292.053 zavarovanih članov (206.091 moških in 85.962 žensk) ter 121.611 njihovih rodbinskih članov. Število zdravljenih zavarovancev je v resnici večje, ker niso računani podatki o številu zdravljenecv v ordinacijah zdravnikov bolniške blagajne „Merkur“, ker ta blagajna ne vodi tozadevnih podatkov.

Vsled bolezni je postalo pridobitno nesposobnih v prvem četrtletju tega leta 97.209 zavarovancev (tu so vračunani tudi zavarovanci bolniške blagajne „Merkur“). Od tega je bilo 57.259 moških zavarovancev ter 21.950 ženskih (od teh slednjih 1.013 porodnic). Poleg tega je bilo še 10.552 delanezmožnih, ki so se zdravili že od lanskega leta. Od skupnega povprečnega števila zavarovanih delavcev in nameščencev je bilo v prvem četrtletju tega leta pridobitno nezmožnih 17.51 %. Največ delanezmožnih je bilo v tem časovnem razdobju na področju Okrožnega urada v Tuzli (25.89 %), a najmanj na področju okrožnega urada v Subotici (8.48 %).

Pri ostalih krajevnih organih je znašal procent delavcev, delanezmožnih vsled bolezni, napram skupnemu številu zavarovanih delavcev in nameščencev:

Pri krajevnih organih:		%	Pri krajevnih organih :		%
OUZD	Banjaluka	17.93	OUZD,	Sarajevo	20.89
"	Beograd	15.43	"	Skoplje	17.36
"	Dubrovnik	13.59	"	Sombor	12.50
"	Karlovec	16.90	"	Split	15.10
"	Ljubljana	20.94	"	Sušak	19.63
"	Niš	15.97	"	Zagreb	21.55
"	Novi Sad	11.81	"Merkur"	"	16.91
"	Osijek	18.79	Trg. Oml.	Ljubljana	17.80
"	Petrovgrad	9.85	"	Beograd	13.45

V mesecu januarju tega leta je znašalo število delanezmožnih 19.947 ali 3.94 % vseh zavarovancev, februarja 20.432 ali 4.04 %, a marca 38.830 ali 7.38 %.

V bolnice je bilo napotenih radi zdravljenja v prvem četrtletju 10.449 zavarovancev, v zdravilišča, okrevališča in podobno zdravljenje v zdravstvenih ustanovah Osrednjega urada 556 delavcev in nameščencev, na zdravljenje v kopališčih 159, a na spremembo bivališča 221. V porodnišnicah se je zdravilo 153 porodnic.

Vzrok temu velikemu porastu bolnih delavcev in nameščencev v prvem četrtletju tega leta leži v pojavu epidemije gripe, ki se je z veliko silo razširila v vrstah delavcev, posebno v mesecu marcu. Da se vidi, kako pomembna je bila epidemija gripe v prvem četrtletju tega leta, bomo navedli podatke o ozdravljivih delavcih in nameščencih v tem časovnem razdobju. V mesecu januarju je postalo delazmožnih 2.251 takih delavcev, ki so se zdravili na gripi, v februarju 4022, a v mesecu marcu 19.784 delavcev. Te številke so najzgovornejši dokaz velikega števila obolenj na gripi v prvem četrtletju. Znatno število bolnikov se je zdravilo še aprila in maja.

Tako velik porast epidemije gripe se je pokazal tudi v finančni strani delavskega zavarovanja. Zaradi te epidemije se je zelo povečal znesek hranarine. V mesecu januarju je bilo izplačano ozdravljenim članom kot hranarina 4,167.286.16 din, v februarju ozdravljenim 4,360.565.63 din, a v marcu za 2,200.000 din več hranarine, kakor v mesecu februarju. Vzrok temu leži, kot je že omenjeno v povečanem številu zdravljenj na gripi.

V prvem četrtletju tega leta je postalo delazmožnih 73.426 delavcev in nameščencev, od tega števila se je zdravilo 3.160 radi tuberkuloze, 3.934 radi revmatizma, 111 za rakom, 26.057 na gripi, a 40.164 na ostalih boleznih. V januarju je bilo ozdravljenih od tuberkuloze 968 delavcev, v februarju 1.001, a v marcu 1.191. Od revmatizma je bilo ozdravljenih v januarju 1436, v februarju 1.359 in marcu 1.139.

V prvem četrtletju tega leta je bilo ozdravljenih 63.160 delavcev, ki so uživali hranarino, iz bolnic je bilo odpuščenih 9.608 delavcev, iz zdravstvenih ustanov Osrednjega urada (zdravilišč in okrevališč) 514, a iz kopaliških zdravilišč 144. Bolni delavci, ki so prejeli hranarino po zakonu, so imeli skupno 906.633 hranarinskih dni. Člani, zdravljeni v bolnicah, so imeli 153.683 bolniških dni, v sanatorijih in okrevališčih osrednjega urada zdravljeni 25.994 oskrbnih dni, a v kopališčih leženi 3.740 dni. Bolnim delavcem in nameščencem, ki so postali delazmožni v prvem četrtletju tega

leta (72.418 brez porodnic), je bilo izplačano od strani ustanov socialnega zavarovanja :

I. denarnih podpor	dinarjev:
hranarine	15,054.072.76
hranarine pri spremembi bivališča	87.507.75
podpor rodbinskim članom	446.454.39
skupno denarnih podpor	<u>15,588.034.90</u>
II. Na stroških zdravljenja v bolnicah in podobnih ustanovah :	
bolniško-oskrbni pristojbini	3,260.606.15
za pristojbine za zdravljenje v zdravstvenih ustanovah Osrednjega urada	1,488.728.20
na pristojbinah za kopališko zdravljenje	225.989.25
skupno	<u>4,975.323.60</u>
	celotno <u>20,563.358.50</u>

Naglasiti moramo, da bodo bolniško oskrbne pristojbine za zdravljenje omenjenih članov v bolnicah znašale še več, toda dosedaj še niso predložile vse bolnice vseh bolniških računov, a bodo ti računi prispeli v poznejših mesecih.

Porodnicam, ozdravljenim v prvem četrtletju (1008), je bilo izplačano:

I. Na denarnih podporah:	dinarjev:
porodniških podpor	822.909.37
dojninskih podpor	86.994.75
za dečje opreme	116.668.—
skupno denarnih podpor	<u>1,026.572.12</u>
II. na babiških honorarjih	<u>106.428.—</u>
	celotno <u>1,133.000.12</u>

Poleg omenjenih podpor v denarju in naravi je izdala ustanova delavskega zavarovanja v prvem četrtletju tega leta še za samo zdravljenje delavcev in nameščencev (za zdravnike, bolničarje itd.) 11,446.522.90 din, a za zdravila in zdravstvene potreščine 10,134.973.04 din.

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Therapeutica

Dr. A. Hahn: „Terapija edema“ (Lječ. Vjesnik 8/55). — A. se bavi obširno s terapijo vseh vrst edemov in deli potrebno terapijo v mir, dijelo in medikamentozno-fizikalno zdravljenje. Prav posebno se bavi s tem slednjim, pri čemer v prvi vrsti priporoča na podlagi ogromnih skušenj zagrebške interne klinike domači preparat Novurit.

Priporoča pri zdravljenju kardialnih edemov po izdatnem miru in primerni dieti ter po uporabi kardijaka in analeptika „Novurit“ in sicer najpreje po 1 ccm, pozneje po 2 ccm intramuskulturno, oziroma intravenozno v kombinaciji z 10 do 20 ccm dekstroze. — Dodatno k temu zdravljenju poroča o dobrih skušnjah z Diuramonom, katerega daje 10 do 15 tablet na dan. Prav posebno pa priporoča A. v slučajih, v katerih iz enega ali drugega razloga ni mogoče dajati Novurit parenteralno, Novurit supositorije. Razume se, da je pri nefritičnih edemih terapija z živosrebrnimi preparati absolutno kontraindicirana.

Novo kratkotrajno zdravljenje s kininom — kakor ga priporoča komisija proti malariji pri Društvu narodov mesto starega dolgotrajnega zdravljenja.

Profilaksa: Za časa cele malarijske dobe in še nekaj časa pozneje je treba jemati 0,4 g kinina na dan.

Terapija: Skozi 5—7 dni jemati 1—1,2 g kinina na dan. Zdravljenje se ne ponavlja, nego se vsi recidivi zdravijo na isti način. Važno je, da bolnik za časa zdravljenja leži. Vsakodnevno dozo dajemo najboljše v petih enakih delih. To velja za odrasle, otrokom je treba dati primerno manj. Profilaktične doze dajemo najboljše zvečer pred spanjem.

Kratko kininsko zdravljenje, ki pomeni preokret v zdravljenju malarije, je nastalo iz čiste empirije. O njegovi praktični koristi smo se mogli prepričati za časa dolgoletne uporabe tega načina zdravljenja. V zadnjem času je ta način zdravljenja upeljan med drugim tudi v državnih zdravstvenih ustanovah v Nizozemski Indiji in na Grškem.

To zdravljenje je velikega gospodarskega pomena, prav posebno za javna dela v malaričnih krajih, ker je za malo ceno — kolikor stane petkrat po 1 g kininovega sulfata — mogoče rešiti delavce te bolezni. Njihova nesposobnost za delo traja samo nekoliko dni.

Dr. Löwenstein: „O Surparilu“. (Med. Klinik 1934/35) — Napadi žolčnih in ledvičnih kolik ter raznih drugih krčev se jako pogosto pojavljajo in mnogokrat ne moremo izhajati brez morfina. Toda napačno bi bilo, ako se v teh slučajih ne bi najprej poslužili derivatov atropina in papaverina, ker so ti v zadnjem času minimalno toksični, po uspehu pa včasih enakovredni morfinu. Izvrstni preparat te vrste je Surparil („Kaštet“), ki ima popolnoma zanesljiv farmakološki učinek. Rezen Surparil injekcij, ki vsebujejo novatropin in perparin, obstojajo tudi Surparil tablete in supozitorija. Slednje vsebujejo še dimethylaminoantipyrin in phenylacethylmalonylcarbamid. Po uporabi tega sredstva nastopi zanesljivo spazmolitični učinek, še preje pa prenehajo bolečine.

Dr. H. Wendt in dr. J. Altenburger — Breslau: K zdravljenju postoperativne tetanije z A. T. 10 (Holtz). (Med. Kl. 23/1934). A. poročata o dveh primerih postoperativne tetanije, od katerih je bil eden posebno hud. Oba primera sta zdravila z A. T. 10 (antitetanični preparat štev. 10). Uvedba tega preparata je povzročila popoln preobrat v zdravljenju postoperativne tetanije. A. T. 10 nastane pri obsevanju ergosterina in njegov glavni učinek obstoja v tem, da mobilizira kalcium, kar se označi tudi kot „Calcinosfaktor“. V obeh slučajih je bilo mogoče, po zdravljenju s tem preparatom odpraviti simptome in težave. Po peroralnih dajatvah A. T. 10 se posreči pomnožiti v telesnih sokovih biološko učinkovito koloidalno apno. To se je posrečilo pri vseh bolnikih, ki so jih dosedaj s tem preparatom zdravili.

Dr. E. Baucke — Frankfurt a. M.: Parenteralno zdravljenje skorbuta s C-vitaminom (Cebion). (M. med. Wchscht. 32/1934). — A. poroča o sporadičnem slučaju skorbuta z ulcerativno gingivido, močno anemijo, znatnimi sufuzijami, trajnim povišanjem temperature ter z izrazitimi psihičnimi pojavi. Težka klinična bolezenska slika se je zboljšala na mah in temeljito po intravenozni injekciji 2 krat na dan 2 ccm Cebion-a (100 mg 1 - Ascorbinsäure). S tem preparatom nam je dana možnost telesu, ki je potrebuje vitaminov, dati naenkrat izdatne količine čistega C-vitamina. Parenteralna dajatev tega preparata pride v poštev pri težkih slučajih, pa tudi pri onih, ki so komplicirani po kroničnih motnjah v želodcu in črevesju.

Prof. W. Richter — Berlin: Nova pot pri zdravljenju lupus vulgaris. (M. med. Wchscht. 17/1934). A. poroča o zdravljenju lupus vulgaris in erythema induratum Bazin z Ectebinom. Število popolnoma ozdravljenih slučajev je sicer razmeroma majhno, toda avtor misli, da mora vendar priporočati to metodo radi kontrole. Ta način zdravljenja je lahko izvedljiv in poceni. Osnovna misel je v tem, da bi se dalo z lokalno aplikacijo tuberkulina v kombinaciji z obsevanjem z višinskim solncem maksimalno aktivirati biološko-funkcijske zdravilne pojave.

Dr. E. Vogt — Zwickau: O učinku čistega vitamina A (Vogan) v nosečnosti napram prirodni pomnožitvi vitaminov v hrani. (M. med. Wchscht. 36/1934). V sicer še ne posebno veliki vrsti opažanj se je pokazalo, da nima profilaktična dajatev

Vogana prav nasprotno kot ribje olje nobenega izrazitega vpliva na potek nosečnosti, poroda in otroške postelje, na razvoj otroka in na sposobnost za laktacijo. S to ugotovitvijo se niti najmanjše ne zmanjša vrednost Vogana kot zdravila pri boleznih pomanjkanja („Mangelkrankheiten“), predvsem pri kseroftalmiji in hermalopiji. Morda se bo bolje obnesel Detavit, ki ima to prednost, da je prost duha in okusa ribjega olja in da vsebuje dvakrat toliko vitamina A in B kot navadno ribje olje. To pa mora pokazati šele večja vrsta poskusov.

IZ MEDICINSKE IN FARMACEVTSKE TEHNIKE.

Dr. F. Raffi: „Novi Kaštel“ — (Aerztl. Wochenschrift 1935/28. Tvrška Kaštel je v zadnjem času spravila v promet novi bizmutski preparat pod imenom *Novobi*, ki zasluži radi svojih jako zanesljivih novih lastnosti posebno pozornost. Razlikuje se ta preparat od dosedanjih oljnatih proizvodov najpreje v tem, da vsebuje potrebno količino kovinskega bizmuta (0,04 g) že $\frac{1}{2}$ ccm raztopine. To je važno, ker nam je na ta način mogoče v mali poedini dozi dati organizmu potrebne količine metalnega bizmuta.

„Novobi“ je popolnoma tekoč in ne diši, je lahko rumenkast in popolnoma prozoren preparat, zelo pripraven za injekcije. Kemično vsebuje stabilno oljnato raztopino bizmutovega heptadiencarbonata. *Novobi* ima optimalno koncentracijo učinkovite soli. Tudi če dalje časa stoji, ne pokaže nobenih usedlin, ker je prava raztopina. Zato vsebuje vedno nespremenljivo količino bizmuta, kar ga razlikuje od preparatov, ki predstavljajo samo oljnato suspenzijo in jih je treba pred vsako uporabo dolgo pretresati.

Razen tega ima ta preparat še te-le koristne lastnosti: 1. Injekcije lahko dajemo tudi s tanko iglo. 2. Z dajanjem *Novobi*-ja manjše oškodujemo mišičasto tkivo, ker vbrizgamo v tkivo manjše količine preparata. 3. Radi tega je preparat tudi skoraj popolnoma neboleč, resorpcija pa je radi male količine jako lahka in zato učinek naglo in sigurno nastopi.

Novobi „Kaštel“ je torej brzo in energično učinkujoč antiluetikum za vse stadije luesa

NOVE KNJIGE

Dr. Fr. Logar — Dr. A. Slivnik: *Naši zobje* Izdala družba sv. Mohorja. Družba sv. Mohorja je med ostalimi poljudnimi knjigami medicinske vsebine založila omenjeno knjižico, v današnjih časih zelo aktualno. Na lep poljuden način, v lahkem stilu je podano celo gradivo tako, da dobi laik jasne pojme o vrednosti zobovja, njegovih boleznih, zdravljenju in nadomeščanju. Pogrešam pa bolj natančno obdelovanje dentogene infekcije, kakor tudi paradentoz. Obe važni bolezni sta v par besedah opravljeni. Bilo bi želeti, da se ta knjižica kar najbolj razširi med ljudstvom, ki bo našlo v njej mnogo dobrih nasvetov, kakor n. pr.: hodi stalno k nemu zobozdravniku, kerte ta najbolj pozna.

Dr. J. Kallay.

Prim. dr. Vjekoslav Kušan: *Zdravstvene prilike starog Sarajeva* (Beograd 1934). (Štampa Centralnog higijenskog zavoda) Knjižica je zanimiv in na vsebini bogat prispevek k zgodovini medicine v Jugoslaviji. Naša zgodovina medicine je izredno pestra: Ljubljana je pripadala stoletja nemškemu kulturnemu krogu in Zagreb ji je v tem pogledu sledil; zgodovina medicine na severozapadu je naravno drugačna, kakor

n. pr. v Dubrovniku, kjer je bil rojen najmarkantnejši iatrofizik Baglivius. Toliko večje vrednosti je dr. Kušanov donos, ki nam v zgoščeni obliki in z ilustracijami pokaže, da ima Sarajevo v medikohistoričnem pogledu tudi nekaj zgodovine za seboj in da mu ni treba skušati, da se hvali samo s folkloro.

Prvi odstavek nas seznanja z obćim zdravstvom in higijenskim prilikami starega Sarajeva. Avtor opisuje stara javna kopališća in njih ureditev; seznanja nas z epidemijami in njih vzroki. Posebno pozornost pa je imel za zgodovino lepre in sifilisa, o katerih dokazuje, da sta prišla v deželu s turško okupacijo. Zadnji odstavek tega poglavja obravnava alkoholizem, kjer lahko vidimo, da islam ni naredil iz Bosancev abstinentov.

Drugi del: „Lekari i apotekari“ nam slika ne le narodno medicino in narodne kirurge (kamenoreze) temveč nas seznanja tudi z misijonsko medicino franćiskanov ter s španjolskimi in moslemskimi zdravniki. Dr. fra Bustrović (ca. 1700), Sumbulev oće in sinovi i dr. so prvić biografsko obdelani. Toda z autorjevo trditvijo, da so bili prvotno zdravniki obenem lekarnarji in obratno, ne soglašam. Samostojna lekarna je ravno nastala v arabskem islamskem svetu in turšća okupacija naj bi jo prenesla v Sarajevo, če je že preje v Bosni ni bilo. To tembolj, ker so iz Dubrovnika, kjer je bila ustanovljena prva lekarna v Evropi, v prvih decenijah Sarajeva prihajali konsilijarji in je moral biti slednjim tak red že znan. Nedvomno imajo arhivalia v Sarajevu občutne vrzeli.

Temu sledi opis prvih bolnic za časa turšće nadvlade in zgodovina postanka sedanje bolnice.

Kot četrti del je pridejana biografija dr. Galanthaya, zagonetne osebnosti izća avstrijske okupacije. Avtor jo je podal, kolikor so mu dopušćali ohranjeni viri. Seznam literature je skrajno popoln. Pintar.

Priv. Doz. Dr. Ludwig Moszkowicz-Wien: „Kleine Chirurgie“ Verl. W. Maundrich — 175 str., 164 slik; cena vez. RM. 15. — Mala kirurgija spada v oni del splošne medicine, ki nudi praktičnemu zdravniku najhvaležnejše polje udejstvovanja. S to knjigo je pridobila ta panoga medicine vsega upošćevanja vredno delo, ki bo dobrodošlo tako praktičnemu kot bolniškemu zdravniku. V besedi in sliki nam podaja avtor sistematićni pregled vseh, v malo kirurgijo spadajoćih posegov, ki so s prav enostavnimi sredstvi in s pomoćjo ene pomožne osebe izvedljivi v privatni ordinaciji. Najvažnejši del tvori seveda operativno zdravljenje gnojnih infekcij s pomoćjo punkcij in incizij, operacije malih tumorjev itd. — poleg tega pa najdemo opisane tudi najpogostejše v malo ortopedijo in urologijo spadajoće intervencije. S temi dodatki tvori knjiga prav pregledno in zaokroženo delo o mali kirurgiji in je kot taka toplo priporočljiva,

Dr. B. B.

Priv. Doz. Dr. R. Wilhelm — Freiburg i. Brg.: „Orthopädische Fussgymnastik“ Verl. d. Aertz. Rundschau — cena broš. SM. 1'25, vez. RM. 2. — Brošura je posvećena predvsem zdravljenju otrošće zvrnjene in ploske noge (Knick- und Knicksenkfuss). Prićetni odstavi o anatomiji in fiziologiji stopala omogoćijo tudi laiku pravilno razumevanje poznejše opisanega načina zdravljenja. Uporabo vložkov oznaçi avtor posebno pri mladoletnih kot skrajno škodljivo. Edino sredstvo, ki privede do zaželjenega uspeha, je aktivna in pasivna gimnastika, ki krepi mišićje in jaća vezi ter tako zopet vpostavi normalno plastiko stopala. Vse posamezne vaje so natanćno opisane ter v slikah predoćene in imajo še to prednost, da so izvedljive brez vsakršnih pripomoćkov.

Dr. B. B.

Christian Silberhorn München: „Die aktive Bekämpfung der Knick- und Plattfussbildung als Ergänzung und Ersatz von Einlagen“ Verl. d. Aertz. Rundschau — cena broš. RM. 1'20, vez. RM. 1.70. V poljudno znanstvenem tonu razpravlja avtor o vzrokih, postanku in načinu zdravljenja raznih deformacij stopala, pri ćemer povdarja predvsem važnost aktivnega gibanja pod geslom „le uporabljanje oblikuje organ.“ Avtor je sestavil v te svrhe poseben aparat, ki ga prizadetim toplo priporoća.

Dr. B. B.

Theorie und Praxis der Pockenschutzimpfung. 5. zvezek zbirke „Immunität, Allergie und Infektionskrankheiten“. Založba: Aerzliche Rundschau, Otto Gmelin, München. Izšlo l. 1935. Cena vez. Mk. 9,30, str. 154 z mnogimi slikami.

Osepnice ali črne kože spadajo med bolezni, ki so znane že od davnih časov po groznilih epidemijah. Dobro nam je znana klinična slika osepnic, precej pojasnjeno vprašanje povzročitelja, poznana epidemiologija. Ne samo to. Variola je prva bolezen, pri kateri se je začela sistematična uspešna preventivna borba v obliki aktivne imunizacije. O varioli je bilo napisano brez števila knjig in člankov. Mislili bi torej, da je vprašanje osepnic rešeno in da so nam nove knjige nepotrebne. Pa ni res. Ravno v zadnjih letih so prišli raziskovalci do novih, popolnejših rezultatov glede etiologije, diagnoze, patogeneze, epidemiologije in imunizatorne tehnike. Namen te knjižice je, da nam poda v kratkih besedah zaključke najnovejših raziskavanj.

Knjižica je razdeljena v pet daljših poglavij, v katerih posamezni strokovnjaki obravnavajo razna specialna vprašanja.

Najprej razpravlja dr. E. Haagen o vprašanju *etiologije* osepnic. Kakor znano so osepnice vir-emična bolezen t. j. povzročitelj osepnic je virus, ki se po vstopu v telo po limfnih in krvnih žilah razširi po celem telesu in povzroči bolezen telega organizma. Po daljši razpravi avtor zaključuje, da se Paschen-ova elementarna telesca danes mirno lahko smatrajo za povzročitelje variole in vakcine. S posebno barvilno metodo se lahko ta telesca najdejo v vsakem z variolo ali vakcino inficiranem tkivu. Dajo se kultivirati in vitro. Z uspehom so dovršeni prvi poizkusi, da se v laboratoriju (ne na živali) kultivirani virus uporabi za cepljenje proti kozam.

Prof. dr. Gins v poglavju o *epidemiologiji* črnih koz obravnava poleg drugega tudi vprašanje mitigirane ali lahke oblike osepnic, ki se javlja v zadnjih desetletjih v raznih krajih sveta, posebno v Sev. Ameriki in na Angleškem. Najbolj znano ime za to obliko je Alastrim.

V tretjem poglavju govori doc. dr. Lehmann o *cepljenju proti osepnicam in imuniteti*. Pri opisu tehnike cepljenja navaja razpis nemškega ministrstva za notranje zadeve iz l. 1934., v katerem je predpisano, da se tako pri prvič cepljenih kakor tudi pri ponovno cepljenih smeta napraviti samo dva zarezka, dolga približno 3 mm. Razdalja med obema zarezkoma mora znašati najmanj 2 cm. Zarezki v obliki križa ali mreže so prepovedani, ker povzročajo močno reakcijo in zapuščajo prevelike brazgotine.

Dr. Kaiser obravnava v posebnem poglavju najprej podrobno normalni *potek cepljenja*, nato pa atipični potek, na kar preide na *komplikacije*, ki se pojavljajo tuintam po prvem in ponovnem cepljenju. Med temi so najbolj važne komplikacije od strani centralnega živčevja, posebno pa postvakcinalna *encephalitis*, o kateri se je v zadnjih letih toliko pisalo.

V 5. poglavju govori dr. Berger o *zakonodaji in statistiki cepljenja* proti osepnicam. Velika večina držav je uvedla obvezno cepljenje za vse prebivalstvo ter radi tega v teh državah skoraj ni slučajev osepnic. Zanimivo je, da med drugim v Sev. Ameriki, v nekaterih kantonih Švice in v Angliji ni izvedeno obvezno cepljenje. Znano je, da je na Angleškem, v domovini Jennerja, v veljavi predpis, ki dovoljuje, da se otroci ne cepijo proti kozam, ako so starši ali varuhi otroka po svoji vesti prepričani ali se bojijo, da bi cepljenje škodovalo zdravju otroka. Tega se poslužuje mnogo ljudi, zato je število slučajev osepnic v Angliji relativno zelo veliko.

Knjižica je pisana v lahkem slogu. Radi tehtne vsebine je zelo priporočljiva za pediatre, šolske, banovinske, sreske in sploh vse zdravnike, ki imajo teoretično ali praktično opraviti s cepljenjem proti osepnicam.

Dr. V. Meršol.

Znani patolog Ludvik Aschoff je obhajal 10. januarja t. l. svojo 70-letnico. Od leta 1906 neumorno dela na svoji stolici v Freiburgu, ki ji je ostal zvest vkljub ponudbi Würzburga, Berlina in Dunaja. Plodonosno in vsestransko je njegovo delo na polju splošne in specialne patologije, naj le omenim njegov nauk o želodčnem čiru, apendicitidi, holelitijazi, zlatenici in trombozi. Pomen retikulo-endotelialnega sistema je on prvi spoznal in opisal. Posebno pažnjo je posvetil problemu tuberkuloze in revmatizma. Važna so tudi njegova raziskavanja o morfologiji in kemiji maščob in lipidov. Njegov vpliv ni ostal omejen na patologijo, temveč je oplodil vse veje medicinske znanosti.

F. Klemenčič.

. . .

Na Dunaju so otvorili posvetovalnico za diabetike, ki so jo priključili Rudoltovi bolnici. Vkljub temu, da so razpoložljiva sredstva zelo skromna, so uspehi baje jako dobri.

. . .

Rockefellerjeva ustanova je državni zdravstveni upravi Severne Karoline v Zedinjenih državah dala na razpolago 12.000 dolarjev za zatiranje ehinokoka.

. . .

Zdravnik in pisatelj Axel Munthe je izročil švedskemu kralju Gustavu 100.000 švedskih kron. To darilo je spremljalo pismo, v katerem pravi Axel Munthe, da naj bo ta denar določen za one, ki so imeli v življenju manj sreče kot on. Denar naj se porabi izključno za socialne naprave. — 5.000 švedskih kron pa je pisatelj določil za „zaščito medvedov pred človekom in za ohranitev njihovih življenjskih pravic, kot mali prispevek za najbolj simpatične zaslopnike švedske divje faune“.

(Po M. med. Wchschft)

. . .

Kakor poročajo iz Abesinije se je tam pojavila med domačini epidemija v tej deželi dosedaj neznane hripe.

. . .

V Parizu so pred kratkim tvorili novo poslopje drž. šole za skrbstvo otrok. V tem posloppju se vršijo predavanja za zdravnike, ki se hočejo specializirati za pediatrijo, poleg tega pa se nahaja tam posebna sekcija za sestre in strežnice za nego otrok. Vršijo se v tej šoli tudi tečajji za učitelje in profesorje, večerni tečajji za matere in dekleta, vse pod vodstvom profesorjev medicine in predstojnikov univerzitetnih klinik.

(Po M. med. Wchschft)

. . .

V Sev. Ameriki so v nekaterih mestih postavili po javnih parkih avtomate za merjenje krvnega pritiska. V aparat vržeš denar, nakar ti pokaže tvoj krvni pritisk. Jasno je, da so ameriški zdravniki protestirali proti taki zlorabi važne medicinske metode.

* * *

Reforma medicinskih kongresov: V časopisu „Sjecle medicale“ je C. Soula kritiziral organizacijo medicinskih kongresov in to predvsem po skušnjah na mednarodnem kongresu za fiziologijo, ki se je vršil avgusta 1935 v Moskvi in Ljeningradu. Vkljub temu, da so tam dovolili vsakemu predavatelju samo 10 minut, govorniku v diskusiji pa samo 5 minut, se ni bilo mogoče držati dnevnega reda. — Zato misli Soula, da bi bilo pametno, da bi predavanja in diskusije na kongresih sploh odpravili. Vsa predavanja naj bi se tiskala in dostavila udeležencem kongresov štiri tedne pred sestankom. Na kongresih pa naj bi pozamezni predavatelji odgovorili na konkretno stavljenja vprašanja. — Najvažnejše pa naj bi bilo to, kar že danes tvori največjo privlačnost za vse kongrese: udeleženci naj bi pač imeli možnost, da bi se med seboj seznanili in v neprisiljenem pogovoru izmenjavali

misli — Ta misel gotovo ni slaba in bi jo naj organizatorji naših kongresov upoštevali.
(Po M. med. Wchscht)

Umrlj: V Parizu dne 4. dec. pr. l. Prof. Charles Richet v 85 letu. Richet, ki se je enako uveljavil s svojimi fiziološkimi in serološkimi deli, kakor tudi v filozofiji, je dobil leta 1913 Nobelovo nagrado za medicino in leta 1930 še enkrat Nobelovo mirovno nagrado.

V Giesenu znani dermatolog prof. dr. Albert Jesionek po kratki, težki bolezni v 65 letu.

Kongresi: Za Veliko noč tega leta mednarodni kongres za Iris — diagnostiko v Berlinu.

Od 15. do 18. IV. 1936 III. mednarodni kongres za primerjalno patologijo v Atenah.

Od 8. do 12. junija t. l. VI. mednarodni urološki kongres na Dunaju.

Od 25. julija do 1. avgusta t. l. II. mednarodni kongres za mikrobiologijo v Londonu.

Od 27. do 31. julija 1936 mednarodni kongres sportnih zdravnikov v Berlinu.

V prvi polovici septembra vseslovenski zdravniški kongres v Sofiji.

Sredi septembra t. l. mednarodni kongres za zatiranje tuberkuloze v Lisaboni.

Od 20. do 25. septembra 1936 mednarodni kongres za zatiranje raka v Bruslju.

Septembra t. l. V. mednarodni kongres za zatiranje revmatizma v Lundu.

NEMŠKE KNJIGE ZNATNO CENEJŠE

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG, LJUBLJANA

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

Za tiskovni sklad Zdr. Vestnika so prispevali gg.: dr. E. Dereani — Ljubljana, dr. M. Valentinčič-Petrovič — Ljubljana po Din 100.—, dr. Hočevar — Kočevje Din 50.— Iskrena hvala!

* * *

Ob začetku novega letnika se toplo zahvaljujemo vsem, ki so omogočili s svojim sodelovanjem in s svojimi prispevki redno izhajanje našega lista v preteklem letu.

Prositi pa moramo ob tej priliki vse gg. tovariše, da Zdrav. Vestnik tudi v novem letu podpirajo ter predvsem, da intenzivno sodelujejo.

Posebna naša prošnja velja vsem gg. ravnateljem bolnic in zavodov, šefom in primarijem oddelkov, da Zdrav. Vestnik naročijo za svoje zavode in oddelke proti plačilu redne naročnine. — Vse gg. tovariše v odborih raznih stanovskih društev pa prosimo, da ob priliki sestave novega proračuna upoštevajo Zdrav. Vestnik.

Navodila gg. sodelavcem.

1. Rokopisi naj bodo čitljivo pisani, če le mogoče na stroju, vedno pa brezpogojno enostransko.

2. Z. V. je bolj kot drugi listi prisiljen k največji varčnosti. Zato bomo v bodoče morali odkloniti objavo vseh predolgih člankov, razen če prinašajo res važne izsledke.

3. Tudi največji listi odklanjajo preobsežne tabele in slike. Plačilo za klišeje prevzame pisec sam, razen ako se je z urednikom v posebnem slučaju drugače dogovoril. Slike, skice in diagrami morajo biti narisani s tušem ali brezhibno fotografično reproducirani.

4. Znanstvena poštenost zahteva, da navede pisec na koncu članka medicinsko slovo, iz katerega je črpal. Rezimé v kakem svetovnem jeziku pa dvigne ugled članka in lista.

5. Korekture bo v bodoče prejel avtor sam s prošnjo, da jih nemudoma, to je najkasneje v 48 urah vrne, sicer bi se jih ne moglo upoštevati. Kdor ne zna korigirati — tudi to se je treba naučiti — naj prosi uredništvo, da prevzame korekture.

6. Uredništvo bo bolj kot doslej gledalo na brezhiben jezik in enotnost tehničnih izrazov in bo vse nepotrebne tujke brez nadaljnega črtalo.

7. Posebne odtiske dobijo gg. avtorji samo, ako to željo najkasneje do korekture sporočiti upravi Z. V. 10 posebnih odtiskov lahko vsak avtor dobi brezplačno za ceno večjega števila naj pravočasno vpraša.

8. Del, ki so bila že objavljena drugod, ne sprejmemo.

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.

EPHETONIN-SIRUP „MERCK“

Na podlagi smotrenega sestava zanesljivo učinkuje pri

**prehlajenjih,
kašlju vsake vrste,
bronhitidi,
oslovskem
kašlju, hripi**

**Tudi za otroško
prakso**

Orig. steklenice
s ca. 170 g.

**E. MERCK
Darmstadt**

EIMERCK

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

PHILIPS

jugoslovensko trgovačko a. d.
Medicinski oddelek

Dobavlja

Metalix röntgenske aparate, cevi in pribor. Philipsove kremenčne svetilke (višinsko sonce). Aparate za diatermijo in kratkovalovno terapijo. Elektrokardiografe.

Aparate za galvanizacijo in faradizacijo. Röntgenske filme in papir

Daje pojasnila in nasvete
izvršuje vsa popravila

Podružnica Ljubljana

Nebotičnik (Gajeva ul. 1.) Tel. 35-79

Vsebina:

	Stran
Dr. Jenko :	Univ. prof. dr. E. Šlajmerju v spomin (s sliko) 1
Dr. C. M. Behrend :	Über Fortschritte der Hirnchirurgie 6
Dr. Körbler :	Radium-terapija raka (s 6 slikami) 18
Dr. B. Škerlj :	Prispevek k Ogino-Knausovi „metodi“ 24
Dr. I. Robida :	O ljubljanski bolnici 28
Dr. I. Demšar :	” ” ” 30
Dr. M. Kremžar :	Še o legalizaciji splava 31
Dr. V. M. Bogdanović :	Iskustva sa floridom 32
Iz zdrav. društev :	Sestanka jugosl. kirg. društva sekcija Ljubljana 34
Stanovski vestnik :	Ciklus predavanj o tuberkulozi 36
	Vabilo na XIII. redno skupščino Z. zb. za Drav. ban. 37
	Vabilo na občni zbor Pokojn. zakl. za zdr. vdove in sirote 37
	Vabilo na občni zbor Zveze blag. zdr. 38
	Davčna napoved pridob. in davka na posl. prom. l. 1934 38
Iz soc. zavarovanja 39
Iz med. časopisov :	Therapeutica 41
Iz medic. in farm. tehnike 43
Nove knjige 43
Drobne novice 46
Iz uredništva 48

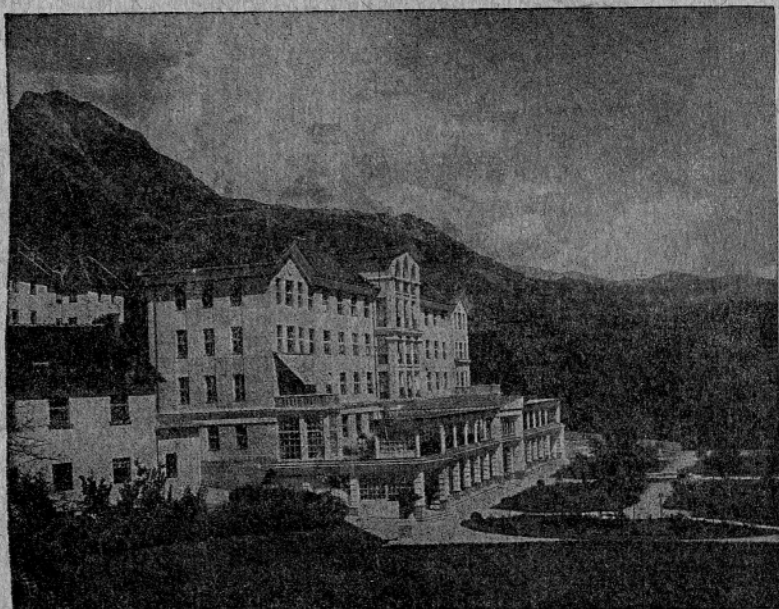


GOSPOD TOVARIŠ,

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

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.

PROCYTHOL

„SANABO-KAŠTEL“

PRO INJECTIONE

Perniciozna in težka sekundarna anemija

1 ampula odgovarja po svojem kliničnem učinku približno 500 g
svežih jeter

PROCYTHOL FORTE

1 ampula odgovarja po kliničnem učinku približno
5.000 g svežih jeter



Intramuskularna raba!

Vzorci in literatura na zahtevo

NOVURIT

„KAŠTEL“




efikavni diuretikum živega srebra

EDINI DIURETIKUM V DVEH OBLIKAH

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

Dvakrat na teden 1 injekcijo ali 1 supozitorij

 **Kaštel d.d. ZAGREB**

„Zdravniški Vestnik“ izhaja 10krat na leto (meseca julija in septembra ne izhaja).
Naročnina za nezdravnike Din 90— celoletno, Din 50— polletno;
za medicince Din 50— celoletno, Din 25— polletno.