

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNISTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D.D. ZAGREB

dovoljuje si priporočati svoje preizkušene preparate, posebno pa sledeče:

Kalmopyrin

Kalcijeva sol acetilosalicilne kisline.

Izpopolnjen preparat salicila!

Izborni antirheumaticum, antipyreticum in analgeticum

Topljiv v vodi; se lahko predpisuje v infuzih in dekoktih

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

Acitophosan

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

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

Za energičnejšo in hitrejšo terapijo priporoča se

Tophosanyl pro inject. intraven. (sive intramusc.)

Neotophosanyl (v raztopini grozdnega sladkorja).

Učinkuje promptno in zanesljivo brez postranskega učinka.

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

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

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

Vakcina
pneumono entero stafilokoka

od **Weill & Dufourt**

bronho pneumonije
i sva pneumokokna ili enterokokna obolenja

Glavni depo za Jugoslaviju:
Laboratorium francuskih
farmaceutskih specijaliteta

A. GOLDSTEIN & E. RABINOVICI
BEOGRAD - ZAGREBAČKA 7-9

Preventivno delovanje

Sezonski gripalni bronhitisi
odojčadi i staraca post -
operativne bronho-pneumonije

Kurativno delovanje

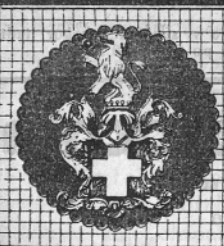
Bronho-pneumonije, kongestija
pluća, duboki bronhitisi

LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE
37, Rue de Bourgogne, 37-PARIS (7^e)

PUHLMANN ČAJ

ПУЛМАНОВ-ЧАЈ
PUHLMANN-ČAJ
PUHLMANN-TEE

(Marke Ripon)
Warenzeichen N^o 6173.



Гарантирано, да је Цистепидин, који Рипон-чај садржи, тако ја квалитетног и сигурног, да је први пут употребљен у овоме чају. Овај се чај не само не може употребити са водом, него је сигурно не само даје на првобитну температуру.

Овај чај је у Цистепидин, који Рипон-чај садржи, тако ја квалитетног и сигурног, да је први пут употребљен у овоме чају. Овај се чај не само не може употребити са водом, него је сигурно не само даје на првобитну температуру.

Овај чај је у Цистепидин, који Рипон-чај садржи, тако ја квалитетног и сигурног, да је први пут употребљен у овоме чају. Овај се чај не само не може употребити са водом, него је сигурно не само даје на првобитну температуру.

znamke „Ripon“

već kol 20 let priznan pri

akutni in kronični bronhiti

ker izvanredno omiljuje draženje h kašlju, zlasti pri
asthma bronchiale

ker lahko razsluzi.

Doziranje: Pri odraslih 10—15 g = 2 navadni žlici na 1 l vode, vkuhati na pribl. 2/3. Prvo polovico je ispitati zjutraj gorko, ostalo 2—3 ure predno ležemo spaš, pravtako segrelo.

Odobreno od Ministarstva Socijalne Politike i Narodnog Zdravlja, Sanitetsko odeljenje S. br. 4274
11. 3. 1932.

Originalni omot ca 125 g za 6 dni . . Din 30—
Originalni omot ca 500 g za 3 tedne . Din 100—

Literaturo in poskusne količine pošilja:

Puhmann & Co., Berlin O. 171
Müggel-Strasse 25—25 a

OB PREHLAJENJIH

angini, bronchitis, gripi, pljučnici

„Calcium Sandoz“

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

Peros: Prašek 100%, tablete po 1.5 gr in peneših tablet („Brausetabletten“) po 4 gr Calcium-Gluconat

Ipecopan

Tablete po 0.006 gr Raztopina, 0.5%.
Sladne tablete po 0.003 gr.
Sladni sirup 0.04%

Literaturo in
vzorce pošlilja;



Chemische Fabrik prije
Sandoz, Basel (Švica).

Validol

pomiruje in oživilja.

Zato se daje pri omedlevici in pri vseh znakih živčane izčrpanosti in razburjenja, posebno pa pri srčnih težavah nervoznih

Se prodaja v substanci, kakor tudi v perlah po 0.2 ter tabletah z 4 kapljicami.

Euchinin

kininski derivat **brez okusa.**

Je zato oni kininski preparat, ki ga bomo izbrali za otroško prakso; se obnese povsod, kjer je indiciran kinin, posebno pri malariji in oslovskem kašlju.

Se prodaja v substanci kakor tudi v tabletah po 0.25 in 0.5 gr.



Eucupin

basicum

ozdravlja

infekcije s strepto- in staphylokokli.

Se prodaja v substanci kakor tudi v perlah po 0.1 gr.

Optochin

basicum

ozdravlja

pljučnice

0.2 vsake 4 ure per os ob mlečni hrani. Se prodaja v substanci kakor tudi v perlah po 0.1 gr; tablete po 0.1 gr; gelodural-kapsule po 0.2 gr. in čokoladne bonbone po 0.05 gr.

Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co., G. m. b. H., Verkaufsbüro: Mannheim-Waldhof. Zastupstvo za Jugoslavijo „ISIS“ d. d., Zagreb - Beograd - Ljubljana.

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA

V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 1. 30. januarja 1933.

Leto V.

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

Racijonalna terapija sifilide.*

Fr. Kogoj.

Zdravljenje sifilide je postalo vključ neprestanemu govorjenju o individualizaciji. Ie v pre mnogih slučajih šablona, ki se razlikuje skoro samo po številu, navadno kombiniranih kur. Število kur se več ali manj ravna po obstoječih kliničnih ali seroloških simptomih. Zato tudi ni nič čudnega, če vse češče slišimo, da je terapija luesa pravzaprav lahka stvar. Shema tično zdravljenje, v katerega zapeljuje bogata izbira antiluetičnih sredstev (živo srebro, jod, arsenobenzolski preparati in bizmut; če kasneje govorim o specifični terapiji, imam na misli živo srebro, salvarsan in bizmut) je res lahka stvar. Racijonalno, vsakemu slučaju adekvatno zdravljenje pa je težko in komplicirano ter zahteva tehlne razmišljanja in kritične presoje bolnikovega stanja. Poskušal bom pokazati kriterije, kateri morajo pri posameznem bolniku odločati o kvaliteti in kvantiteti antiluetične terapije.

Če se hočemo orijentirati o načinu zdravljenja v literaturi, bomo morali po kratkem prizadevanju priznati, da smo se mogli prepričati predvsem o tem, da so naziranja o načinu zdravljenja sifilide diametralno različna in da vlada v tem vprašanju obupen kaos.

Pred sedmimi leti (1925) je „Medizinische Klinik“ priredila med nemškimi dermatologi anketo o zdravljenju luesa. Kot primer navajam samo metode štirih autorjev in sicer za zdravljenje bolnikov z lues II manifestā: Riecke priporoča 4–6 kombiniranih kur (salvarsan in bizmut); če vključ temu ostane WR posilivna, ni to indikacija za daljnje zdravljenje. Spiethoffov princip je, da slučajev brez kliničnih ali seroloških simptomov ne zdravi in da ne uporablja nikdar dveh antiluetičnih sredstev naenkrat. Sam je označil svojo metodo kot „chronisch-kontinuierlich“, ker zdravi tako dolgo, dokler ne izginejo simptomi oziroma še nekoliko dalj časa, nikakor pa ne začenja s ponovnim zdravljenjem brez novih simptomov. Wechselmann uporablja samo salvarsan in zdravi dolgo časa. Posilivna WR je indikacija za nadaljevanje terapije, vendar pa potem zadostuje po ena injekcija vsake tri do štiri tedne; tako zdravljenje s salvarsanom traje lahko tudi nekaj let. Na ta način, pravi, postane WR skoro vedno trajno negativna. Jada sohn začenja kuro s bizmutom, hitro kombinira s salvarsanom in ponavlja kuro; želi doseči trajno negativno WR. Od Nemcev navajam na tem mestu še F. Lesser-ja, ki je protivnik kombi-

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

niranih kur in zdravi svežo sifilido s salvarsanom v dozah 0,45 in 0,60 (injekcije daje dvakrat na teden) tako dolgo, dokler ne postane WR negativna, potem pa dá še tri injekcije; pri starejših slučajih uporablja živo srebro in bizmut. Od nenemških autorjev navajam samo sledeče: Gougerot, šef pariške dermatološke klinike, zahteva pri slučajih sifilitičnih recidiv zdravljenje, ki traja čez 20 (!) let. Lyonska šola, Nicolas in njegovi učenci, so veliki pesimisti kar se tiče ozdravljenja sifilide; zdraviti je treba štiri do pet let, pa tudi še pozneje, individualno. Medtem ko Gougerot in Nicolas uporabljata različna sredstva, priporoča Schwartz (Francija) izključno raztopine bizmuta v masti in zdravi ž njimi z velikim uspehom sifilido vseh stadijev. Du Bois prisega na Hg sulfur. colloïd. Almkvist (Stockholm) zdravi in continuo; zaporedoma daje salvarsan, živo srebro in bizmut (tudi jodkali), vsakega 4 do 6 tednov, nepretrgoma 3½ (abortivno zdravljenje) do 14 (starejši slučaji) mesecev. Kot kuriozum omenjam še metodo Amerikanca Southona (1925), ki zdravi mnogo luetikov z leto dni do poldrugo leto trajajočim mazanjem podplatov s 3—5 gr Ugt. Hg ciner.

Ne bom dalje našteval različnih načinov zdravljenja sifilide, ker že ti primeri, ki bi jih lahko podesetoril, jasno pričajo, da res vlada v predlogih za zdravljenje sifilide kaos in da ni nobenega splošnega ali vsaj od velike večine venerologov priznanega pravila, ki bi tvoril bazo terapije. Če si hoče zdravnik izbrati način, kako bo zdravil lues, mu ne preostane nič drugega, kot da zvesto sledi tej ali oni avtoriteti ali pa da zdravi tako, kot se njemu zdi v danem slučaju pravilno. Žalostno je, da se dà danes „iz literature“ opravičiti pravzaprav vsak način antiluetične terapije, kar je mnogokrat vzrok, da je bolnik zdravljen inadekvatno. Poskušal bom podati nekoliko generalnih in nekoliko specijalnih temeljnih pravil za antiluetično terapijo, ki bodo — kot mislim — v vsakem slučaju omogočala ne samo racijonalno, ampak tudi individualno prirojeno terapijo.

Predvsem se moramo vprašati, kaj je cilj antiluetične terapije in kaj služi za dokaz, da smo ga dosegli. Cilj antiluetične terapije je lahko različen. Gre lahko za to, da napravimo bolnika praktično neinfekcijskega; ta vrsta terapije prihaja v obzir na pr. pri pobijanju endemične sifilide, kjer se poskuša s sistematskim zdravljenjem prebivalstva posameznih predelov privedi število infekcijskih bolnikov na minimum in tako s časom sifilido popolnoma izkoreniniti. Socijalni obziri stoje tukaj na prvem mestu, individualno zdravljenje na drugem. O tej vrsti terapije ne bomo razpravljali. Zanima nas individualno zdravljenje, kjer si stojita nasproti zdravnik in bolnik in kjer je bolnik ne samo objekt zdravljenja, ampak tudi njegov subjekt, ki želi, da ga ozdravimo. Konstatirati moramo seveda, da tako kot pri mnogih drugih boleznih, tudi pri sifilidi ne moremo v vsakem slučaju doseči cilja: na mesto ozdravljenja stopa potem poboljšanje, v nekaterih slučajih pa ne dosežemo niti tega.

Mislim, da ni odveč, ako kratko razmotrimo ravno z ozirom na sifilido pojem ozdravljenja sploh. Klinično, patološko-anatomsko (makro- in mikroskopsko), bakteriološko in biološko ozdravljenje so posvem različna stanja, ki nastajajo lahko vsako samo zase, pa tudi v različnih kombinacijah, ali pa vsa naenkrat. Če imamo na pr. bolnika s makulopapuloznim luetičnim ekzantomom, je s terapijo kaj lahko povročiti, da izgine infiltrat (klini-

čno in patološko-anatomsko ozdravljenje), paralelno s tem so postale seroreakcije in reakcije v likvorju negativne (biološko ozdravljenje), vse spirohete pa vendar še ne morajo biti uničene, to se pravi, bakterijološkega ozdravljenja še ni. Pri bolniku s seropozitivnim primarnim afektom pa smo eventualno lahko uničili že z eno kuro vse spirohete, bolnik je ozdravljen tudi bakterijološko. Tretjega bolnika, ki je imel gumma na slegnu, nismo vkljub temu, da je vsled terapije rana zarasla, ozdravili ne patološko-anatomsko (ostala je brazgotina), ne bakteriološko (v organizmu so še spirohete) in ne biološko (seroreakcije so ostale pozitivne). Govorimo lahko samo o t. zv. kliničnem ozdravljenju, ker pa je precej rastezljiv in nejasen pojem.

O ozdravljenju sifilide govorimo teoretično takrat, kadar v bolnikovem organizmu ni več spirohet, negledé na to, če morda niso ostale posledice, ki bi kakorkoli ogrožale bolnikovo zdravje in življenje. Ozdravljen je toraj bolnik, ki je imel na pr. seropozitivni ulcus durum phagaedenicum in pri katerem smo s terapijo dosegli zaceljenje ulkusa, uničenje vseh spirohet v organizmu in serološko (vključno likvor) negativizacijo; ostala pa je brazgotina. Vkljub temu je ozdravljenje popolno, kajti dosegli smo sterilizacijo organizma; residuum, brazgotina na glans penis, ne ogroža niti življenja, niti zdravja, niti fizioloških funkcij individua. Ali pa moremo tako popolno ozdravljenje dokazati? Ne! Absolutnega, „matematičnega“, dokaza za to ni. Z nobenim sredstvom ne moremo ugotoviti, da je uničena tudi zadnja spiroheta; da je sifilida ozdravljena, samo sklepamo, ker se izginili vsi simptomi (na koži, na drugih organih, v centralnem živčnem sistemu, v krvnem serumu, v likvorju itd.) in se tudi dolgo časa po skončanem zdravljenju, vkljub eventuelni provokaciji, niso več pojavili. Kritična empirija je ne samo pokazala, ampak tudi dokazala, da ta kriterij zadostuje, četudi ni idealen. Samo mimogredé omenjam, da tudi reinfekcija, ki jo smatramo kot najboljši dokaz o popolni sterilizaciji organizma, kar se tiče spirohet, ni za to absoluten argument, ker se v izjemno redkih slučajih lahko zgodi, da se superinfekcija, tudi v svojem daljnem poteku, popolnoma krije z reinfekcijo (gl. Buschke in Peiser: *Jadassohnov Handb. d. Haut-u. Geschlechtskrankh.* 1929, knj. 15,2 Kogoj: *istotam*, 1930, knj. 16,2 str. 70 do 73 in *Med. Pregl.* 1927, št. 1).

Praktično smo torej popolnoma upravičeni proglasiti zdravim luetika, pri katerem se odrejen čas po končani antiluetični terapiji niso več pojavili simptomi.*) Na težave v tem obziru naletimo — manj v praksi kot teoretično — pri onih slučajih, kjer najdemo spremembe, ali motnje, o katerih vemo, da se direktno sifilitičnega izvora in ki so lahko že same po sebi nevarne za bolnikovo zdravje ali celo njegovo življenje. Take spremembe, pri katerih nas preiskava krvi, likvorja in luetinska reakcija lahko puste na cedilu, so — vsaj teoretično — res lahko samo residua, postsifilitična pa-

*) Povsod v naravoslovju najdemno „izjeme“. Tako tudi tukaj, čeprav samo izredno redko. V splošnem se na take izjeme, ki samo „potrjujejo pravilo“, seveda ne moremo ozirati.

tološka stanja, ne pa več izraz aktivnega delovanja spirohet; priznali bomo, da je na pr. simptomatologija luetične aortitide vedno ista brez ozira na to, ali so spirohete še v stenah aorte ali pa ne, da bo aorta ostala razširjena, tudi če bi lues bila peracta, da strabizem, ki je nastal kot posledica udeleževanja spirohet lahko ostane trajen, četudi so njegov vzrok samo še anatomske spremembe („Narbensymptom“). Predvsem pa bomo mislili na to, da nas že samo klinično opazanje uči, da so pri takih izvidih skoro brezizjemno v organizmu prisotne ne samo še žive, ampak tudi še aktivne spirohete, če ne ravno tam, kjer bi jih na temelju kliničnega izvida pričakovali, pa drugje. Razni indiciji vključno eventualno negativnim (ali mogoče samo deloma ali nekaj časa negativnim) imunobiološkim reakcijam potrjujejo premiso, da o bakterijološkem ozdravljenju bolnika ne mora biti govora, in da ne gré za sifilitična residua take vrste kot je na pr. brazgotina po ulceriranem primarnem afektu. Taki indiciji so razven procesa samega njegovo trajanje, kvaliteta in kvantiteta dotedanje terapije itd. Ako lahko bolnika dalj časa opazamo, naše domnevo lahko potrdi progredienca procesa brez ali vključno terapiji ali pa preokret — eventualno po provokaciji — negativnih seroreakcij (vklj. reakcij v likvoru) v pozitivne.

Z drugimi besedami se to pravi, da praktično pacienta, pri katerem najdemo znake t. zv. visceralne sifilide (vključno luesa na ceveh) ali luesa centralnega živčnega sistema ne bomo nikdar imeli za sterilnega, kar se tiče spirohet.

Kako pa je z bolniki s t. zv. lues latens? Ker je lues latens pojem, ki se lahko različno definira, ga najprej definiram: latentno luetičen je človek, pri katerem ne najdemo nobenega simptoma sifilide, ampak samo vemo, da je lues akviriral in per analogiam z drugimi slučaji sklepamo, da še ni ozdravljen: lues latens seronegativa, ali pa človek, pri katerem se luetična infekcija javlja samo v pozitivni seroreakciji: lues latens seropozitiva; k latentnim sifilitikom te vrste prištevamo tudi bolnike, pri katerih likvor brez drugih znakov obolelosti centralnega živčevja istočasno s serumom ali pa izolirano pozitivno reagira. Latentni sero negativni luetik se toraj od zdravega človeka razlikuje samo anamnestično. On je med latentnimi v najugodnejši poziciji. V neugodnejšem položaju je seropozitivni latentni luetik, v najbolj neugodnem pa sero- in likvorpozitivni ali izključno likvorpozitivni sifilitik. (Pozivnost likvorja je lahko zopet različna, ne samo gledé na stopnjo pozitivnosti Wassermanove in drugih „seroloških“ reakcij, ampak tudi gledé na rezultat, ki ga dajejo preiskave z zlatim solom, na množino beljakovine, število celic itd.)

Seropozitivnost (vključno likvor) moramo praktično smatrati s Plautom in dr. za izraz prisotnosti spirohet v organizmu. Vsaj teoretično si sicer lahko predstavljamo, da bi kratek čas po uničenju zadnje spirohete lahko ostale še neke imunobiološke spremembe v organizmu (primerjaj na pr. članek K. Brandta v Wien. klin. Woch. 1932, str. 684.) ki bi se javljale eventualno celo s pozitivno seroreakcijo. To bi se m. dr. lahko zgodilo, če bi spirohete

momentano, brskno, izginile iz telesa, še predno bi se temu prilagodilo imunobiološko stanje. Četudi te možnosti ne moremo a priori odkloniti, vendar ne smemo s tem računati. Pozitivnih seroreakcij v smislu resničnih „Schönheitsfehler des Blutes“ ne moremo priznavati, ker vemo, da so principijelno vse do danes znane reakcije v krvi ozir. likvorju sifilitika reverzibilne, predvsem pa tudi zato ne, ker do sedaj še ni nihče niti v enem slučaju doprinesel dokaza za trditev, da vkljub seropozitivnosti v organizmu individua, ki se je luetično inficiral, ni spirohet. Znano je, da kongenitalniluetiki ostanejo lahko vkljub energičnemu zdravljenju, posebno če so ž njim kasno pričeli, vse življenje seropozitivni, drugi simptomi pa se ne javijo nobeni. Tuda to še ni izdaleka argument, iz katerega bi smeli sklepati na odsotnost spirohet. Z isto pravico bi to potem lahko storili pri seropozitivnih latentnih slušajih akvirirane sifilide, kjer pa nas je izkušnja ravno naučila, da za seropozitivnostjo (pa celo za seronegativnostjo v tem stadiju) preži klinična recidiva. Brezsimptomno stanje kongenitalnihluetikov se od brezsimptomnega stanja bolnikov z akvirirano sifilido principijelno ne razlikuje. Konstatiramo lahko samo to, da je v splošnem pri prvih manj labilno kot pri drugih. Seropozitivnost (vključno likvor) pomeni (z izjemo t. zv. nespecifičnih reakcij, ki jih puščamo v nemar), da je bolnik sifilitik.

Lansko leto sem na II. vseslov. dermat. kongresu v Beogradu na temelju izkušenj z več kot 15.000 serumi pokazal odnošaje novjših seroreakcij: SGR (Sachs-Georgijeve reakcije), MBR (1. modifikacije Müllerjeve „Ballungsreaktion“), KR (Kahnove reakcije), MKR (Meinickeove „Klärungsreaktion“) in MBR II (2. modifikacije Müllerjeve „Ballungsreaktion“) proti WR z aktivnim in inaktivnim serumom, pri čemer smo uporabljali v prvem slučaju holesterinirani, v drugem holesteriniran in luetični antigen, Material klinike od lanskega do letošnjega poletja sem obdelal v tabeli št. 1., in sicer tako, da sem izporejal WR (inaktivirani serum, holesterinirani ekstrakt) vedno samo z eno od sledečih reakcij: KR, MKR, MBRII, tako, da se vidi, koliko serumov je reagiralo pozitivno izključno z WR, koliko izključno z KR, z MKR, z MBRII.

Število serumov preiskanih s	Število poz. samo z WR	v ‰	Število poz. samo z KR	v ‰	Število poz. samo z MKR	v ‰	Število poz. samo z MBRII	v ‰
WR in KR	3457	5	0,14%	208	6,01%			
WR in MKR	4023	13	0,32%		375	9,32%		
WR in MBRII	2423	2	0,082%				362	14,90%

Tab. št. 1.

Odstotki, ki sem jih navedel na beograjskem kongresu, so bili za

WR : KR 0,40% : 5,35%

WR : MKR 0,72% : 8,22%

WR : MBRII 0,12% : 12,82%

Številke, ki jih je dal lani in letos obdelani metarijal, si toraj dobro odgovarjajo. Tudi če priznamo, da eksistirajo metode WR, ki so občutljivejše (na pr. če uporabljemo luetični ali Wadsworthov antigen ali se držimo Kolmerjeve ali Kaupove modifikacije WR) kot je metoda, ki jo mi uporabljamo (gl. Kogoj in Franković: Godišnjak sveuč. kralj. Jugoslavije u Zagrebu za školsku god. 1924/25 — 1928/29. Med fak., Zagreb 1929, str. 352), bo vendar še razlika med številom serumov, ki reagirajo pozitivno samo z reakcijo vezanja komplementa in onimi, ki reagirajo pozitivno z eno od navedenih drugih reakcij tako velika, da bomo morali za odločitev, ali je pacient postal že seronegativen ozir. seropozitiven ali ne, brezpogojno zahtevati razven WR tudi rezultat ne samo ene, ampak celo dveh od navedenih reakcij, kar bo seveda položaj WR še poslabšalo. Izmed stoterih serumov, pri katerih nas bi serološki rezultat lahko zapeljal v napačno domnevo, da je že nastopila seronegativnost, če serum ne bi bil vsestransko serološko preiskan, navajam (tabela št. 2) sledeči slučaj latentne sifilide (št. prot. 1331) pri katerem je po 3. XI. sledila prva, po 20. II. druga kombinirana antiluetična kura:

Datum	WR	KR	MKR	MBRII
3. XI. 31.	+	++	++	++
20. II. 32.	—	—	—+	+
25. V. 32	—	—	—	—+

Tab. št. 2.

Pri bolniku s takimi serološkimi reakcijami je torej prav lahko mogoče, da zdravnik na temelju nepopolne serološke preiskave — v našem slučaju brez MKR in posebno MBRII — misli, da je bolnik že serološko negativen, v resnici pa je še vedno seropozitiven. V zvezi z veliko občutljivostjo novjših reakcij se je pojavil nov problem: ali smemo — baš radi te velike občutljivosti — pripisovati omenjenim novjšim reakcijam, kar se tiče terapije, isti pomen kot WR? Marg. Stern in T. Franck iz **Jadassohnove** klinike sta dobro vprašali, če bo treba sifilitika, ki je bil dobro in zadostno (koliko je to? gl. kasneje) zdravljen ali pa bolnika, ki smo ga smatrali že za seronegativnega in ki se je, ko smo ga preiskali z novimi reakcijami, pokazal zopet kot seropozitiven, še naprej zdraviti.

Mislim, da logična rešitev tega problema ni pretežka: tako dolgo, dokler imamo opravka z principijelno reverzibilnim serološkim stanjem organizma nastalim vsled sifilitične infekcije, — v konkretnem slučaju negativiziramo pozitivno KR, MKR itd. — tako dolgo nimamo nobene pravice bolnika s pozitivno MKR ali MBR obravnavati načelno drugače kot bolnika s pozitivno WR. To bi smeli napraviti šele takrat, kadar bi našli v serumu sifilitikov spremembe, ki bi v vsakem slučaju ostale ireverzibilne. Če pri bolniku s simptomi sekundarizma vsled naše terapije postanejo vse reakcije negativne, moramo zahtevati, da postanejo negativne tudi pri starem latentnem tueliku. Če ne postanejo, potem je to samo dokaz, da se naša terapijska stremjenja niso izpolnila, kar moramo, četudi s težkim srcem, priznati. Ne smemo se pa v takih slučajih skriti za spekulativno rezoniranje o različnem presojanju nekih (katerih?) reakcij, tem manj, ker skoraj sigurno vemo, da so WR in ostale reakcije izraz bistveno enakih sprememb v serumu.

Vse to je bilo potrebno poudariti, ker smatram popolno negativacijo seroloških (vklj. likvor) simptomov pri zdravljenju sifilide kot ravno tako važen postulat kot negativacijo kliničnih simptomov. Izpolnitev teh dveh postulatov šele dovoljuje prištevati slučaj med one, za katere smemo upravičeno upati, da jih bomo smeli čez čas proglasiti za ozdravljene.

Na ta način se logično deli antiluetična terapija v dva dela. Prvi del zdravljenja mora doseči klinično in serološko (vključno likvor) negativacijo. In drugi del? Izkušnja nas uči, da klinični in serološki negativaciji sledé v mnogih slučajih serološki in klinični recidivi, kar je dovedlo do nadaljevanja terapije tudi še potem, ko ni več kliničnih in seroloških znakov sifilide. Kot dokaz ozdravljenja sifilide nimamo ničesar drugega kot dejstvo, da je ostala dosežena negativacija trajna. Z drugim delom antiluetične terapije toraj moramo zagotoviti trajnost negativacije, hočemo jo stabilizirati. O uspehu te stabilizacije pa se prepričamo v dobi, ki sledi zadnji antiluetični kuri; tedaj se bolnik več ne zdravi, pač pa ostane še določen, ne prekratek časa pod zdravniškim nadzorstvom; ta čas kratko imenujemo „kontrola“.

S tem prihajamo k aksiomu, okrog katerega se mora kretati antisifilitična terapija in ki ga lahko sprejme vsak sifilidolog, ker velja i za onega, ki prisega samo na salvarsan i za tistega, ki daje samo živo srebro ali sam bizmut ali kombinira itd.

Antisifilitična terapija sa deli na dva dela: prvi del tvori negativizacijska terapija, ki mora z vsemi mogočimi sredstvi poskušati bolnika klinično (od brezpomembnih residuov abstrahiram) in serološko (vklj. likvor) popolnoma negativirati. Drugi del antiluetičnega zdravljenja tvori stabilizacijska terapija, ki mora negativacijo napraviti trajno. Trenotek, ko je dosežena negativacija, imenujem „kritični moment“.

Kritičen sem imenoval moment, ko se sifilitik objektivno ne razlikuje več od nesifilitika zato, ker je s tem zaključena faza v zdravljenju bolnika, ki je za prognozo izredno važna: saj oni, ki „kritičnega momenta“ ne doseže, ne bo po našem nazoru nikdar mogel slišati osvobodilnega: ozdravljen! Zato je tudi jasno, da bomo zastavili vse sile, da kritični moment dosežemo.

O samem načinu zdravljenja z antiluetičnimi sredstvi samo par aforističnih opazk. Če govorim o kombiniranih kurah, potem vedno mislim na kombinacijo salvarsana s bizmutom ali živim srebrom. Kot mnogi drugi (izmed prvih sta to naglasila A. Tryb in Beutl v Brnu) smatramo tudi mi, da je kombinirana kura s salvarsanom in bizmutom energičnejša (velja za zdravljenje sveže sifilide) kot izključno salvarsanska kura ali kombinacija salvarsana in živega srebra (Milian navaja, da je razmerje med delovanjem salvarsana, bizmuta in živega srebra kot 10:7:4). Celotna doza neosalvarsana (in odgovarjajoče doze drugih salvarsanskih preparatov) v kuri je 5 gr (ženske) do 6 gr (moški). Pri svežih slučajih skušamo čim preje aplicirati visoke posamezne doze (vendar tudi pri moških ne gremo preko 0,6 gr; ne bojimo se dajati dvakrat na teden po 0,45 gr, eventuelno celo enkrat 0,45 in enkrat 0,6 gr neosalvarsana). Kjer se bojimo Herxheimerjeve reakcije, morajo biti posamezne doze salvarsana nizke, eventuelno raje začnemo zdravljenje s bizmutom ali živim srebrom. Pri starejših slučajih (aortitis!) in kongenitalni sifilidi radi dajemo intramuskularna arsenobenzolska sredstva (myosalvarsan ali — novi preparat — solusalvarsan); v nekaterih slučajih se zalečemo tudi k spirocidu, ki se daje interno (francoski stovarsol je identičen preparat). Živo srebro stopa eventuelno na mesto bizmuta pri kasnejših kurah in bolnikih s starejšo lues. Eventuelno bomo v takih slučajih vršili kuro samo s spirocidom, samo s živim srebrom, samo s bizmutom in sl. Jod dajemo navadno samo med kurami in v začetku pri obsežnih ali takih gumatih, ki jih iz katerikoli razlogov ne moremo podvreči zdravljenju z drugimi antisifilitiki. Izkušnja uči, da jod v vseh stadijih zelo dobro vpliva na sifilitični glavobol. Pavze med kurami pri svežih slučajih luesa ne smejo biti krajše od pet in daljše od šest tednov (gl. pri E. Hoffmannu), pozneje in pri starejših slučajih so lahko ali pa celo morajo biti daljše in celo zelo dolge. Profilaktično ne zdravimo nigdar.

Važno je vprašanje, kako dolgo mora trajati stabilizacijska terapija in kako dolgo ter na kakšen način vršimo kontrolo po skončanem stabilizacijskem zdravljenju.

Razumljiva je zahteva, da mora trajati stabilizacijska terapija in kontrola tem dalj časa, čim dalj časa smo potrebovali, da smo dosegli kritični moment. Število kur in sploh način stabilizacijskega zdravljenja toraj ne bo v vseh slučajih enak. Ravnali se bomo po pravilu, da je bolje devet bolnikov zdraviti preveč kot enega premalo.

Navajam za orijentacijo sledeče primere:

Lues I seronegativa: potrebna je preiskava seruma v prvi polovici kombinirane kure dvakrat, v drugi polovici kure enkrat na teden. Če ostanejo seroreakcije ante et inter et post therapiam negativne, priključimo še dve kuri (o t. zv. abortivnem zdravljenju gl. kasneje). Kontrola dve leti. Ob koncu kontrole preiščemo likvor.

Slučaje primarne seronegativne sifilide, ki postanejo med zdravljenjem četudi le prehodno in le z eno reakcijo pozitivni, obravnavamo kot svežo lues II manifesta.

Lues I seropositiva, pri kateri ne počakamo sekundarizma (gl. kasneje), zdravimo enako kot **lues II manifesta recens**; če smo dosegli kritični moment pred početkom druge, priključimo še tri kure. Če kritični moment nastopi kasneje, ampak vsekakor še predno začnemo s četrto kuro, bo obsegala stabilizacijska terapija štiri kure. Kontrola traje v prvem slučaju dve, v drugem tri leta; koncem drugega oziroma tretjega leta se vrši preiskava likvorja. (O ostalih terminih za preiskavo likvorja v tem in v drugih slučajih gl. kasneje).

Lues II manifesta recens, pri kateri tudi s tremi kurami še nismo dosegli kritičnega momenta (izjeme!), **lues II recidivans**, **lues latens seropositiva** in — razven že omenjenih — vsak drug slučaj sifilide, kjer smo dosegli kritični moment: kot stabilizacijsko terapijo pet kur, kontrola štiri leta. Kontrola likvorja koncem četrtega leta.

Lues latens seronegativa: provociramo in preiščemo klinično in serološko (vklj. likvor). Če je izvid quoad luem negativen in zdravljenje, četudi nezadostno, prekinjeno pred več kot dvema leti, ne začnemo zdraviti znova, ampak kontroliramo štiri leta. Če je zdravljenje prekinjeno pred manj kot dvema leti, ga po možnosti dopolnimo; sledi štiriletna kontrola. Ob koncu kontrole ponovno preiščemo likvor.

Ako nismo s triletnim energičnim specifičnim in nespecifičnim (gl. kasneje) zdravljenjem mogli doseči kritičnega momenta, potem je postala verjetnost, da ga sploh še dosežemo, zelo majhna. V takih slučajih bo moral bolnik ostati pod stalno zdravniško kontrolo. Zdravljenje se bo vršilo samo fakultativno in se bo moralo mnogokrat zadovoljiti s tem, da obdržimo status quo.

Če prav se pri navedbi primerov ne moremo otresti shemalizacije in se je v praksi treba pri vsakem slučaju ozirati še na različne eventualitete, vendar mislim, da to, kar sem navedel, lahko služi kot baza za naše terapeutično delovanje. Kure seveda ne bodo enake, uporabljali bomo, posebno pri slučajih, ki jih moramo dolgo zdraviti, različna antiluetika in se posluževali različnih načinov aplikacije; ne pozablajmo, da glutealna muskulatura ne prenese poljubnega števila injekcij! Razven k izrazitim „specifičnim“ (v resnici rabijo vsa sredstva, tudi salvarsan, sodelovanje organizma) antisifilitičnim sredstvom se bomo morali zateči tudi k nespecifičnim, o katerih bom pozneje obširnejše razpravljal. Za časa kontrole moramo izrabiti vsako možnost, da odkrijemo še kak simptom sifilide. Bolnik prihaja vsake tri mesece; vrši se stroga klinična preiskava kože, notranjih organov (aorta! rentgeniziranje brezpogojno potrebno!) centralnega živčevja, čutil (oko!). Vsakokrat venepunktiramo. Vsaki drugikrat bomo 1—2—6 dni pred venepunkcije dali provokatorno injekcijo (Milian, Gennerich), najboljše izmenoma, enkrat salvarsan, enkrat mleko. Če bi se kdaj zgodilo, da pri pacientu, kjer tega več ne pričakujemo, dobimo serološki rezultat približno tipa: WR neg., KR neg., MKR —+, MBR II neg., bomo čez nekaj dni brez vznemirjanja bolnika preiskavo seruma ponovili; in če zopet do-

bimo isti rezultat, počakamo do prihodnje kontrolne preiskave. Navadno bo do takrat postala stvar jasna, v tem ali onem smislu. Ne pozabljajmo, da serološka preiskava ni delo po matematičnih formulah niti kemijska reakcija, ampak — kot je Šavnik tako rad naglašal — biološki eksperiment na serumu. Toda to samo mimogredé.

Posebno je treba poudariti važnost preiskave likvorja, bez katere si danes racionalnega zdravljenja ni mogoče misliti. Zanima nas predvsem, kdaj, ob katerem terminu, je neobhodno potrebno orijentirati se o stanju likvora (število celic, globulini, WR, po možnosti še MBR in ena od koloidalnih reakcij kot minimum preiskav) Finger in Kyrle nista na velikem materialu nikdar videla, da bi likvor postal patološki več kot tri leta po infekciji. Vedno se je to zgodilo že preje. Četudi tega ne smatramo kot absolutnega pravila, je vendar sigurno, da postane večina likvorjev, ki jih kasneje najdemo patološko spremenjene, taka navadno že v prvih letih po infekciji. Približno $\frac{3}{4}$ leta po infekciji se v zelo mnogih likvorjih najdejo spremembe, toda te so v veliki večini slučajev samo efermerne, pasażerne, ki čez čas spontano ali pa pod vplivom odgovarajoče (ker pomeni v tem stadiju bolezni skoro brezizjemno, energične) terapije izginejo. Finger in Kyrle zahtevata preiskavo likvorja na temelju teh spoznanj koncem 2. ali začetkom 3. leta po infekciji. Onemu, ki je prepričan o važnosti kritičnega momenta, je vsekakor jasno, da spada k kritičnemu momentu razven klinične in serološke brezsimptomnosti tudi potrdilo, da je likvor zdrav. V praksi se to pravi, da bomo izvedli lumbalno punkcijo potem, ko je razven kliničnih simptomov izginila tudi pozitivna seroreakcija. Preiskava likvorja (namesto lumbalne priporoča E. Hoffmann in njegova šola subokcipitalno punkcijo) je potrebna še ob sledečih terminih: pri zdravljenih bolnikih, ki kritičnega momenta še niso dosegli, v 3. letu po infekciji že zato, ker so eventualne spremembe v cerebrospinalni tekočini takrat lažje dostopne terapiji kot pozneje; pri nezdravljenih bolnikih, pri katerih infekcija ni starejša kot 2 leti, preiščemo likvor šele po drugi kuri, ker računamo s tem, da v tem stadiju energična terapija lahko precej hitro sanira likvor; pri nezdravljenih bolnikih pa, pri katerih je infekcija starejša kot 2 leti, punktiramo lumbalno takoj ob začetku zdravljenja. Razven tega pa pregledamo likvor v vsakem slučaju, kjer obstojé subjektivno ali objektivno simptomi, ki bi lahko bili ali ki so znak obolevosti centralnega živčevja. Samo po sebi se razume, da pregledamo likvor brezizjemno, kos končamo zdravljenje, kot sem to že preje navedel.

Na prvi pogled se zdi, da zahtevamo tolikraten pregled likvorja, da je to praktično težko izvedljivo. V resnici pa punktiramo, kot pokaže kratko razmišljanje, če se ravnamo po teh pravilih, v danem slučaju, razven predno preneha kontrola, skoro brezizjemno samo enkrat, največ dvakrat. V primeru z usodepolnim pomenom eventualno pozitivnega izvida to pač ni preveč.

(Nadaljevanje sledi.)

Sezonsko gibanje nekaterih akutnih nalezljivih bolezni v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

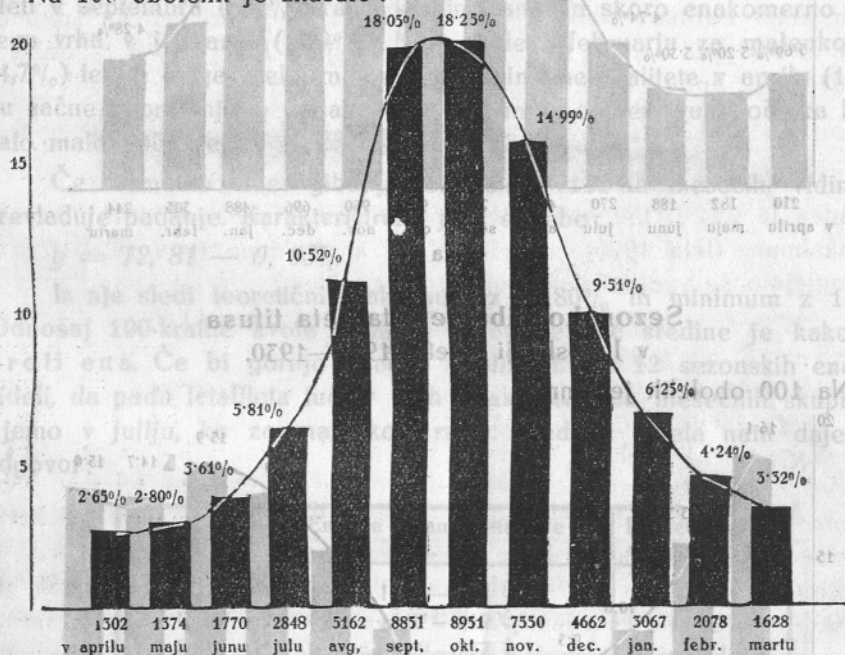
Dr. Fedor Mikič, v. d. šef statističnega odseka Šole za narodovo zdravje, Zagreb.
(Nadaljevanje.)

Trebušni legar.

V drugo skupino akutnih nalezljivih bolezni, ki se prenašajo največ s hrano ter prihajajo v naše telo s posredovanjem gastro-intestinalnega trakta, spadata tifus in griža. Med skupino tifoznih obolenj so vsleta tudi vsa prijavljena paratifozna obolenja.

Sezonsko gibanje bolezni po tifusu v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

Na 100 obolelih je znašalo:

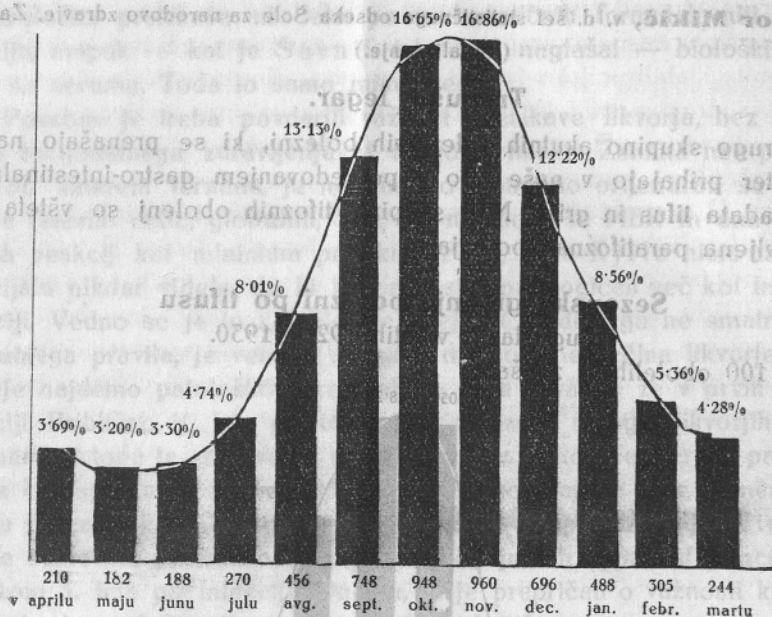


Slika 7.

Ako pogledamo krivuljo sezonske distribucije obolelih oseb, vidiom na sliki 7 skoro enakomerno, zvonu podobno vijugo. Tako je na prvi pogled. Pri natančnejšem pregledu bi morda lahko rekli, da je naraščanje vrednosti urnejše nego padanje. Najnižjo vrednost opazimo v aprilu (2,7%). Od tega meseca začenja število tifoznih obolenj naraščati; spočetka počasi, nato bolj in bolj, dokler ne doseže v septembru 18,05%. Imamo pravzaprav dva, blizu stoječa vrha. Prvega smo že omenili — t. j. september — drugi je v oktobru z 18,25%. Počenši z novembrom, pada število obolenj brez prestanka prav do marca in aprila.

Sezonsko gibanje smrtnih slučajev po tifusa v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

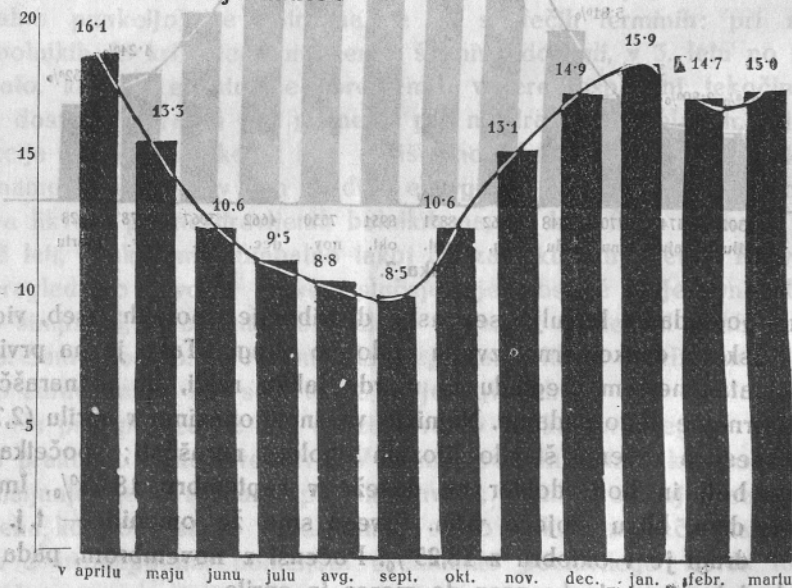
Na 100 umrlih skupno je število umrlih:



Slika 8.

Sezonsko gibanje letaliteta tifusa v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

Na 100 obolelih je umrlo:



Slika 9.

Sezonsko gibanje števila umrlih je podobno sezonskemu gibanju obolelih oseb, s to razliko, da je zvonasta oblika pravilnejša, bolj široka in pomaknjena na abscisi za mesec dni na desno. Najnižja točka ni v aprilu, temveč v maju, a najvišja točka ni v oktobru, temveč v novembru. Od maja (3,20%) raste število umrlih stalno do dvojnega vrha oktober-november (16,65 in 16,86), nato zopet, podobno prvi polovici, pada do aprila in maja.

Povprečna letaliteta tifozne skupine je 11,62%. Najnižja je letaliteta v mesecu, ko se približuje število obolenj svojemu vrhu, to je v septembru. Največja je letaliteta v mesecu, ko je število tifoznih obolenj najnižje. To dejstvo posebno poudarjam, ker ni to prvič, ko se v raznih študijah srečujem z istim pojavom! Če gledamo sliko 9, vidimo veliko, glavno sinusoidno krivuljo, okoli nje pa 3—4 manjše sinusoidne krivulje, ki jih opazimo šele pri pazljivejšem opazovanju. Počenši pri najnižji letaliteti v septembru (8,5%), raste kontinuirano in skoro enakomerno do prvega vrha v januarju (15,9%). Nato pade v februarju za malenkost (na 14,7%) ter se dviga preko marca do maksimalne letalitete v aprilu (16,1%). Tu začne neprekinjeno padati do minimuma v septembru, spočetka hitreje, nato malo počasneje.

Če vzamemo smer gibanja letalitete v 132-tih mesecih, vidimo, da prevladuje padanje. Karakterizirana je z enačbo:

$$y = 12,81 - 0,03x_1$$

Iz nje sledi teoretični maksimum z 14,80% in minimum z 10,85%. Odnosaj 100-kratne kvote padanja in aritmetične sredine je kakor 2,36 proti ena. Če bi gornjo enačbo analizirali na 12 sezonskih enačb, bi videli, da pada letaliteta tudi v vseh enakoimenskih mesečnih skupinah, z izjemo v juliju, ko za malenkost raste. Sledeča tabela nam daje točen odgovor:

Mesec	Enačbe gibanja letalitete abd. tifa	Procent padca ali naraščanja
I	$y_1 = 16,64 - 0,14 \xi_1$	— 0,82
II	$y_2 = 15,27 - 0,12 \xi_2$	— 0,77
III	$y_3 = 15,09 - 0,77 \xi_3$	— 5,12
IV	$y_4 = 16,09 - 0,17 \xi_4$	— 1,07
V	$y_5 = 13,82 - 0,35 \xi_5$	— 2,57
VI	$y_6 = 11,27 - 0,27 \xi_6$	— 2,42
VII	$y_7 = 9,55 + 0,08 \xi_7$	+ 8,86
VIII	$y_8 = 8,82 - 0,36 \xi_8$	— 4,12
IX	$y_9 = 8,55 - 0,39 \xi_9$	— 5,14
X	$y_{10} = 10,64 - 0,01 \xi_{10}$	— 0,06
XI	$y_{11} = 13,36 - 0,46 \xi_{11}$	— 3,47
XII	$y_{12} = 15,00 - 0,21 \xi_{12}$	— 1,39

Iz nje vidimo, da pada letaliteta najbolj v septembru, zatem v marcu, avgustu, novembru, maju, juniju itd.

Varijacijski koeficijent letalitete v 132-tih mesecih je $\frac{1}{3}$ aritmetične sredine ($33 \pm 2\%$); gornja meja tipičnosti 16,99%, dolnja meja 8,63%. Varijacija je torej za letaliteto precej velika.

Ker nam števila obolelih oseb ne bi dala pravilne slike o obolevosti za trebušnim legarjem, zato te skupine nismo natančneje diskutirali glede smeri gibanja. Kakšna je relativna tendenca gibanja v letnih sezonah, nam pove račun, izveden iz tabele VI/4. Pokaže nam, da tifus pada in sicer je

$$y = 2,891 + 0,002 \xi.$$

Maksimalni teoretični obrok bi torej bil v letu 1930 ($3,01 \text{ ‰}$), a minimalni v letu 1920 ($2,77 \text{ ‰}$). Trebušni tifus je torej v lahnem naraščanju. To naraščanje je pa minimalno, komaj za $0,066\%$ vsak mesec! Vkljub temu računu moramo biti v svojih zaključkih izredno previdni. Živimo namreč v dobi, ko v ostalem svetu tifozne — in sploh črevesne bolezni — padajo. Posebno previdnost nam narekuje, v zvezi z ostalim, široka variacija obrokov obolevosti, ki znaša $75 \pm 5\%$. Aritmetična sredina obrokov je $2,89 \pm 0,13 \text{ ‰}$, standardna devijacija σ $2,18 \pm 0,09 \text{ ‰}$, gornja meja $5,07 \text{ ‰}$, dolnja meja $0,71 \text{ ‰}$.

Mortaliteta abdominalnega tifa ima padajočo tendenco, ter je

$$y = 0,3373 - 0,0004 \xi.$$

Padec je $0,12\%$ t. j. skoro dvakrat več nego pri morbiditeti. Teoretični maksimum (leta 1920) je $0,364 \text{ ‰}$, a minimum (leta 1930) $0,311 \text{ ‰}$. Poglejmo še variacijske konstante mortalitete!

$$M = 0,336 \pm 0,01 \text{ ‰}$$

$$\sigma = 0,234 \pm 0,01 \text{ ‰}$$

$$M + \sigma < 0,57 \text{ ‰}$$

$$M - \sigma = 0,10 \text{ ‰}$$

$$K. V. = 71 \pm 4 \%$$

Analiza mesečnih skupin morbiditeta daje sledeči pregled:

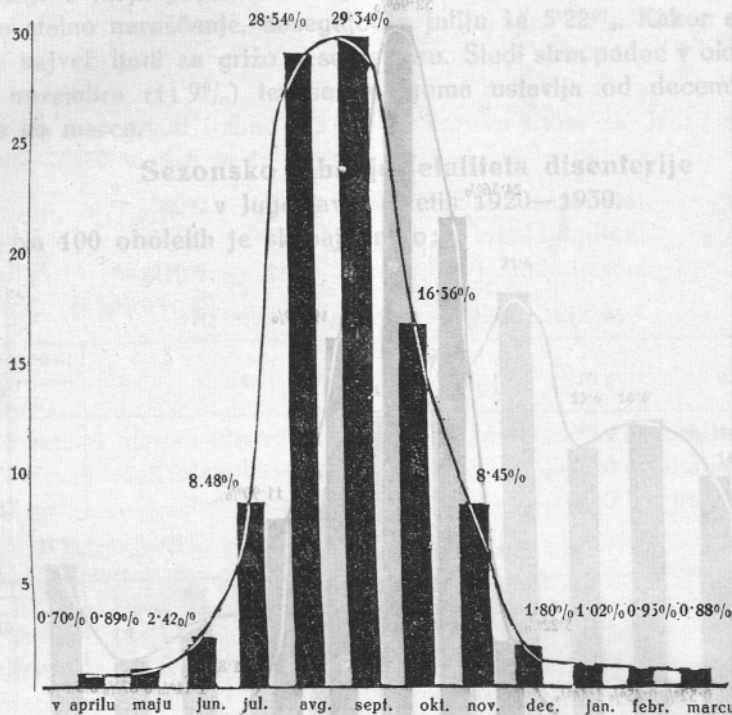
Procentuelno naraščanje $+/+$ ali padanje $-/-$		
v mesečni skupini	morbiditeta	mortalitete
I	+ 8,17	+ 0,23
II	+ 0,4	- 0,67
III	+ 0,16	- 5,59
IV	+ 1,37	+ 0,12
V	+ 2,41	+ 1,28
VI	+ 0,66	- 0,68
VII	+ 0,64	+ 3,54
VIII	+ 0,47	- 3,74
IX	- 2,19	- 6,45
X	- 1,33	- 1,27
XI	- 1,57	- 5,06
XII	+ 2,29	+ 1,00

Griža.

Sezonsko gibanje oboljevanja od disenterije

v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

Na 100 obolelih skupaj je iznašalo število obolelih:



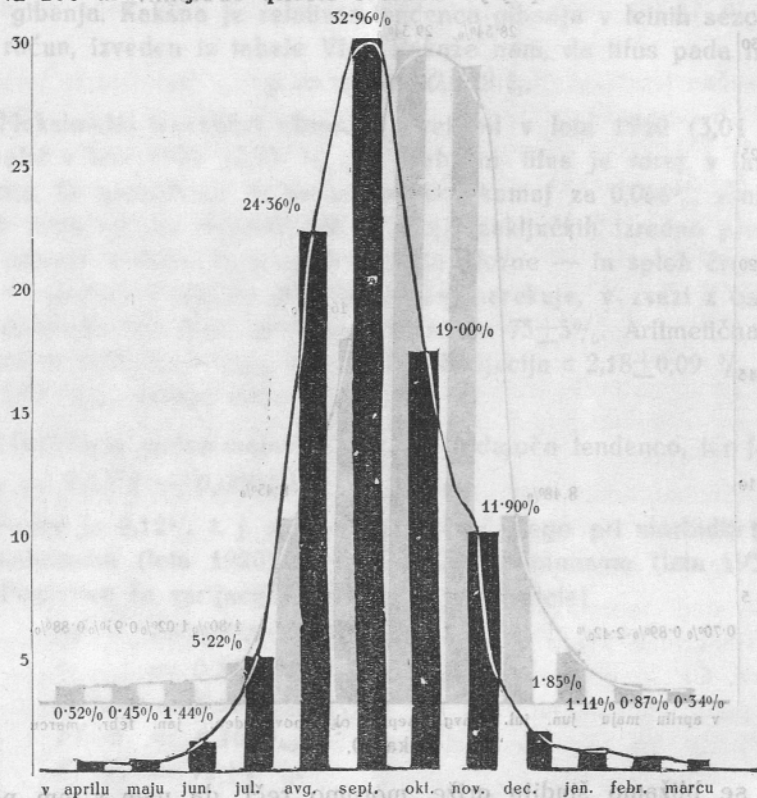
Slika 10.

Ko se bližamo študiju griže, moramo reči, da nam v tem pogledu manjka vsaka trdnjša orijentacija. Dočim smo za difterijo točno vedeli da je do 1925. leta podala ter da je v sledečih letih do danes v naraščanju; — dočim smo za škrlatinko pričakovali, da bo rezultanta računa pokazala padec; — dočim smo pri tifusu pričakovali konstantnost gibanja —, nam je bilo gibanje griže nejasno. Griža je dosegla početkom prejšnjega desetletja vrhunec ter je v naslednjih letih skoro izginila. V zadnjih 10-dnevnih poročilih, ki jih izdaja centralni higijenski zavod ter v mesečnem gibanju griže napram tifusu v savski banovini, smo pa mogli opaziti, da je griže več nego tifusa. Vprašali smo se, ali se približujemo novemu kulmenu griže? Zdelo se nam je v neki čudni zvezi naraščanje difterije, griže, poliomielitisa, siromaštva in stacionarnost tifusa ter padanje škrlatinke. Slično križanje kakor pred 10—14 leti! Ali je v jedru podobno cikloidno povračanje teh pojavov? Četudi nastopajočih problemov ne nameravamo študirati in reševati v tem delu, vendar ne bi bilo odveč, če tem pojavom, ki nastopajo v našem slučaju samo mimogrede, posveti pazljivost večji krog raziskovalcev. Cikloidno menjanje manj vpliva na sezono, a že

bolj na smer gibanja mesečnih skupin. Vendar se tukaj ne bomo obširneje bavili s tem.

Sezonsko gibanje umiranja od disenterije v Jugoslaviji v l. 1920-1930.

Na 100 umrlih je skupno umrlo:



Slika 11.

Kako je torej s sezonskim gibanjem pri griži?

Predvsem vidimo, da je griža med boleznimi, o katerih smo razpravljali, najeksplozivnejša bolezen. Slike 10 in 11 nas o tem dobro pouče. Ta bolezen je največ bolezen pozne poleti in zgodne jeseni. V ostalih mesecih jedva živi. Najnižja točka griže je v aprilu (0.70%). Nevidno naraste v maju (na 0.89%). Naraščanje je konstantno do avgusta-septembra ter doseže v obeh mesecih skupaj 57.88% vseh slučajev obolelih. V oktobru pade nato skoro za polovico, na 16.56%, v novembru zopet za polovico napram prejšnjemu mesecu (na 8.45%), v decembru za štirikratno napram novembru (1.80%), dokler se padec napram marcu-aprilu ne ustavi. Tu se prične nov letni cikel naraščanja in padanja.

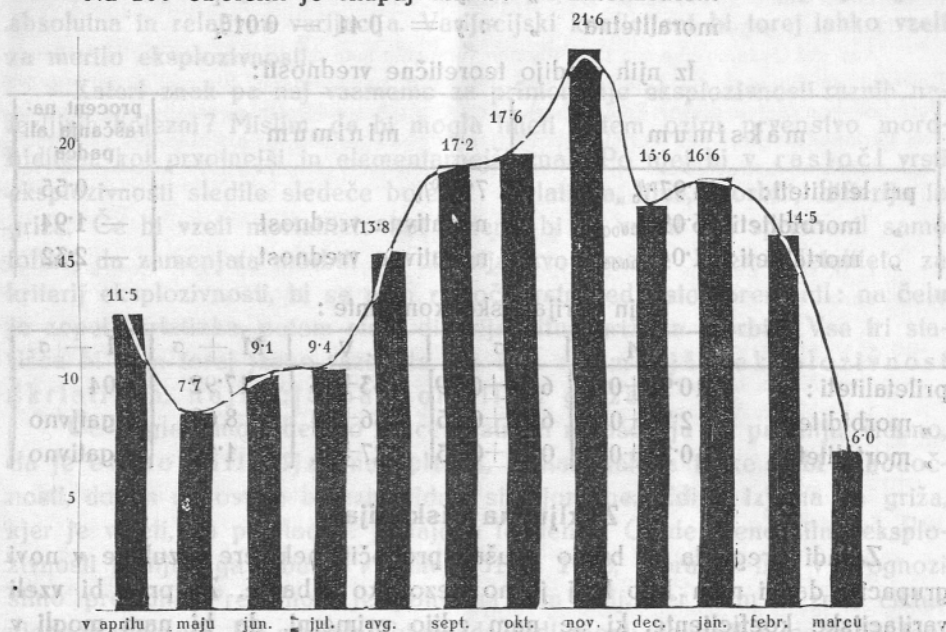
Sezonska distribucija obolelosti je bila karakterizirana z dvema blizu stoječima vrhovoma. Sezona umiranja ima samo eden dominirajoči vrh, t. j. v septembru (32.96%). Sekundirata mu vrhova v avgustu in oktobru (24.36% in 19.00%). V imenovanih treh mesecih je bilo 76.32% vseh smrtnih slu-

čajev griže. Sezonski tok pri umrlih pa ni tako enostaven, najprej stalno naraščajoč, nato stalno padajoč, temveč ima dva vrha. Prvi vrh je sezonski, drugi, vršiček, predsezonski. Najmanj umre ljudi za grižo v mesecu marcu (0.34%). Nato malo naraste število umrlih v aprilu (0.52%, predsezonski vršiček). V maju pade distribuirano število na 0.45%. Šele sedaj se pričinja stalno naraščanje, dosegajoč v juliju že 5.22%. Kakor smo že rekli umre največ ljudi za grižo v septembru. Sledi strm padeč v oktobru (19%) in v novembru (11.9%) ter se polagoma ustavlja od decembra (1.85%) dalje do marca.

Sezonsko gibanje letaliteta disenterije

v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

Na 100 obolelih je skupaj umrlo:



Slika 12.

Po opisanih diskrepancah v razdelitvi slučajev obolelih in umrlih, lahko pričakujemo, da bo tudi distribucija sezonske letalitete zelo neenakomerna. Toda tudi tu dobimo impresijo zakonitosti. Oglejmo si samo sliko 12! Najnižja letaliteta je v marcu. Če sledimo od marca dalje splošni distribuciji z viškom v novembru, bi dobili okoli nje sinusoidno gibanje, ki se grupira okoli aprila, junija, septembra, novembra in januarja. Njihove maksimalne vrednosti so približno v centru imenovanih skupin, ki jih je pet. Če pa gledamo na krivuljo sezonske letalitete samo s stališča prekinjenja, naraščanja ali padanja, potem se število skupin reducira na tri. Prva skupina bi se pričela z marcem (6%). Nato naraste letaliteta v aprilu na 11.5% in pade v maju na 7.7%. Odtod dalje stalno narašča do novembra, kjer doseže 21.6%. V decembru pade na 15.6%, ter v januarju ponovno na

raše na 16'6%. Sledi padec v februarju (14'5%) proti marcu. V zadnjem slučaju bi torej lahko govorili o predsezonskem (april) in postsezonskem (januar) naraščanju letalitete.

Kako pa je z morbiditeto in mortaliteto? Videti je, da sezonsko naraščanje griže v zadnjih dveh raziskavanih letih (1929, 1930) še ni vplivalo, da bi bila splošna smer morbiditete in mortalitete vsaj konstantna. Nasprotno vidimo, da še vedno prevladuje padajoča smer: tako pri morbiditeti kot pri mortaliteti. Še več! Tudi letaliteta pada. To se pravi, da mora mortaliteta hitreje padati nego morbiditeta.

Enačbe se glasijo:

$$\text{letaliteta enačba : } y = 10'99 - 0'06\epsilon_1$$

$$\text{morbiditeta : } y = 2'67 - 0'05\epsilon_1$$

$$\text{mortaliteta : } y = 0'41 - 0'01\epsilon_1$$

Iz njih sledijo teoretične vrednosti:

	maksimum	minimum	procent naraščanja ali padca
pri letaliteti:	14'97%	7'07%	— 0'55
„ morbiditeti:	6'09%	negativna vrednost	— 1'94
„ mortaliteti:	1'04%	negativna vrednost	— 2'32

in variacijske konstante :

	M	σ	K. V.	$M + \sigma$	$M - \sigma$
priletaliteti :	10'98±0'41	6'94±0'29	63±3	17'92	4'04
„ morbiditeti :	2'59±0'36	6'10±0'25	236±34	8'69	negativno
„ mortaliteti :	0'35±0'05	0'79±0'03	227±31	1'13	negativno

Zaključna diskusija.

Zaradi pregleda si bomo skušali predložiti nekatere rezultate v novi grupaciji, da bi nam bilo bolj jasno sezonsko gibanje. Za prve bi vzeli variacijske koeficiente, ki se nam zdijo primerni, da bi nam mogli v enotnem izrazu predložiti sezonsko eksplozivno moč preiskanih bolezni v danih 132-tih mesecih 11-letja. Nadalje bi temu lahko sledil pregled največjih in najmanjših teoretičnih vrednosti generalnih smeri sezonskega gibanja ter procentov padca ali naraščanja.

Kaj nam morejo torej prinesli variacijski koeficienti?

Variacijski koeficient	škrlatinka	difterija	morbili	tifus	griža
letalitete	19±1	28±1	81±5	33±2	63±3
morbiditete	63±3	91±6	84±5	75±5	236±34
mortalitete	65±4	88±6	99±7	71±4	227±31

In kaj smeri? Najbolje, da jih izrazimo samo v procentih padca ali naraščanja.

Procenti padca ali naraščanja v poedinem mesecu	pri				
	škrlatinki	difteriji	morbilah	tifusu	grži
pri letaliteti	— 0·33	— 0·09	— 0·30	— 0·24	— 0·55
„ morbiditeti	+ 0·15	+ 1·16	— 0·36	+ 0·07	— 1·94
„ mortaliteti	— 0·19	+ 1·28	— 0·92	— 0·12	— 2·32

Rekli smo že, da je variacijski koeficient izraz za odnošaj med 100-kratno absolutno variacijo (standardno ali povprečno variacijo) napram aritmetični sredini vrednosti pojavov, ali z drugimi besedami, je relativna variacija, čije merilo je recipročna aritmetična sredina $\frac{1}{M}$. Čim je eksplozivna moč neke bolezni večja, toliko bolj se v določenih časih (v sezonah ali za epidemije) odvrta od povprečnosti in toliko večja je njena absolutna in relativna variacija. Variacijski koeficient bi torej lahko vzeli za merilo eksplozivnosti.

Kateri znak pa naj vzamemo za primerjanje eksplozivnosti raznih nalezljivih bolezni? Mislim, da bi mogla imeti v tem oziru prvenstvo morbiditeta, kot prvotnejši in elementarnejši znak. Po njej bi v rastoči vrsti eksplozivnosti sledile sledeče bolezni: škrlatinka, tifus, morbili, difterija in griza. Če bi vzeli mortaliteto kot kriterij, bi se vrstni red spremenil samo toliko, da zamenjata morbili in difterija svoji mesti. Vzemši letaliteto za kriterij eksplozivnosti, bi se nam rastoči vrstni red čisto spremenil: na čelu je zopet škrlatinka, potem sledi difterija, tifus, griza in morbili. Vsa tri stališča bi nam torej jasno razodela, da ima najmanjšo eksplozivnost škrlatinka, največjo pa morbili in griza.

Če pogledamo tabelo o procentualnem naraščanju ali padanju, vidimo, da je edino difterija ona bolezen, ki nam nalaga težke skrbi v bodočnosti, dočim so ostale bolezni videti stacionarne. Edina izjema je griza, kjer je videti, da prevladuje padajoča tendenca. Glede njene silne eksplozivnosti in njenega gibanja v letih 1931 in 1932, moramo biti v prognozi silno previdni. Previdnost je potrebna tem bolj, ker nam ni znan cikel njenega vračanja. Pri morbilah bi morda tudi mogli govoriti o padajoči tendenci — ali zdi se mi, da je prijavljanje morbil najpomanjkljivejše od vseh označenih bolezni ter je treba vsak sklep kritično pretehtati. Zato je bolje, da počakamo s sklepi, dokler nam ne bodo znane boljše studije o morbilah.

Delo je pokazalo na podlagi domačega statističnega materiala, da se poedine bolezni ne pojavljajo vse leto enakomerno, temveč da vladajo v letni razdelitvi posebni zakoni. Ta letna razdelitev ali sezonska grupacija slučajev nam pove, da je škrlatinka jesensko-zimska bolezen. Ravno tako tudi difterija. Morbili so zimsko-pomladna, tifus jesenska, a griza poletno-jesenska bolezen. Imenovane bolezni se torej pojavljajo največ jeseni in pozimi. Poleti in spomladi je akutnih nalezljivih bolezni mnogo manj. Znanje sezonskega gibanja bo imelo v bodočnosti vedno večjo važnost, ki se bo izražalo v raznih poskusih za bolj ekonomičnimi metodami v pro-

filaksi in morda tudi v terapiji. Gibanje vrste obrokov v letnih sezonah nam bo omogočilo, da se učimo spoznavati tendenco bodočega naravnega gibanja bolezni in pa vrednost našega dela in moči spričo poedinih bolezni. Pokazalo nam bo, ali smo na krivi ali pa na samo navidezno pravi poti; ali pa bo treba novih misli, novih ljudi in novih metod.

Zusammenfassung.

Dr. med. Fedor Mikič, Statistiker Zagreb: Saisonale Bewegung einiger akuter Infektionskrankheiten in Jugoslavien 1920—1930.

Die Arbeit behandelt die saisonale Verteilung der Krankheits- und Sterbefälle, der Letalitäten, der Krankheits- und Sterberaten von fünf akuten Infektionskrankheiten in Jugoslavien und zwar von Scharlach, Diphtherie, Morbilli, Abdominaltyphus und Dysenterie, in einzelnen Monaten der Jahre 1920—1930. Die verdichteten Zahlen sind in 6 Tabellen und 12 Bildern gegeben.

Aus der Gesamtreihe von 132 Monaten versuchte man die bestehende vorherrschende Bewegungsrichtungen der Letalitäten und der Raten zu gewinnen. Ebenfalls wurden die Variationskonstanten dieser Reihen berechnet. Ganz besonders interessierte uns die relative Variationsbreite, der Variationskoeffizient, dessen Grösse wir als Mas der saisonalen Explosionskraft betrachteten. Die grösste Explosionskraft scheinen Dysenterie und Morbilli zu haben, die kleinste Scharlach.

Literatura.

1. B. Pirc, Zarazne bolesti u Jugoslaviji 1918—1928, Beograd 1929, Centralni higijenski zavod (Poseban olisak iz „Glasnika C. h. z.“ knjiga VIII/1—6).
2. Socijalno-medicinski pregled, Beograd, 1931, štev. II/1 in 1932, štev. 5/II.
3. F. Mikič, Stanovništvo grada Zagreba, Lij. Vjesnik, Karlovac, br. 7., 1931.
4. F. Mikič, Difiterija v Zagrebu v letih 1902—1930 v luči statistike, 1931. rokopis.
5. F. Mikič, Vitalno-statističke metode za ispitivanje sela, Lij. Vjesnik, Karlovac, br. 3., 1932.
6. Livi-Tomašić, Osnovi statistike, Beograd, 1928, Ceca Kohn.
7. R. Pearl, Introduction to medical biometry and statistics, Philadelphia-London, 1923, Saunders Co.
8. R. Pearl, the biology of death, Philadelphia-London, 1922, Lippincott Co.
9. St. Ivanić, Epidemiologija, Štamparjeva „Socijalna Medecina II“, Zagreb, 1926. Higijenski zavod sa Školom narodnog zdravlja.

Iz zdravilišča Golnik (primarij-upravnik dr. R. Neubauer). Kultura Kochovega bacila.

Dr. Tomaž Furlan, sekundarij. (Nadaljevanje in konec)

III. Haemokultura.

V začetku l. 1930 je objavil prof. E. Löwenstein, Wien, svoje uspehe pri gojitvi K. b. iz krvi. To delo je vzbudilo ogromno presenečenje vseh znanstvenih in medicinskih krogov. Prof. Löwenstein je namreč dobil pri 140 bolnikih s pljučno tuberkulozo 54 krat čisto kulturo K. b. iz krvi, ko je še l. 1927 K. Bingold mogel pri neki slavnostni priliki demonstrirati kot veliko čudo in redkost eno edino krvno kulturo, ki jo je vzgojil po 300

brezuspešnih poizkusih, in še ta kultura je izvirala od miljarne, kjer je že teoretično jasno, da se širijo bacili po krvi. Drugič je Löwenstein dobil kulture tudi tam, kjer je do sedaj le malo kdo sumil K. b. kot povzročitelja obolenja n. pr. pri polyarthritis rheumatica acuta. Tretjič (in to je začudilo najbolj) je Löwenstein ugotovil, da si je K. b. pridobil domovinsko pravico v krvnem sistemu podobno kot eritrociti sami. To je popolnoma nasprotno dosedanjemu pojmovanju o veliki antiseptični samočistilni moči krvi. Torej: 1) ogromni uspehi pri tuberkuloznih obolenjih, 2) uspehi pri obolenjih, ki se dosedaj niso smatrala za tbc. obolenja, 3) K. b. kot neškodljiv saprofit v krvi, je bila nova vest iz Dunaja.

Poizkusi, dobiti K. b. iz krvi so se začeli takoj po Kochovem odkritju in so se že l. 1884 opustili, ker so prišli do zaključka, da se K. b. nahaja v krvi le pri milijarni tuberkulozi.

Drugi val iskanja K. b. v krvi je začel l. 1903, ko so francoski in nemški avtorji pred vsemi pač Liebermeister hoteli videti K. b. mikroskopsko v krvi povsod, kjerkoli so klinično ugotovili tuberkulozo, Liebermeister sam pa tudi pri nekaterih netuberkuloznih obolenjih. Tako je Klara Kennerknecht videla pri 68 težko tuberkuloznih otrocih 68 x bacile v krvnem razmazu. Toda polagoma so si vsi ti raziskovalci le dali dopovedati, da trombociti in druga umazanarija še niso K. b. Posebno pa so umolknili, ko jim je Hahn na široko zasnovanih živalskih poizkusih dokazal, da nastopi bacilemija le redko (6%). To število se močno ujema z uspehi pri sedanjih kulturah iz krvi. Zopet se je vse iskanje pomirilo s formulo, da nastopi včasih kratkotrajna bacilemija, toda vedno le kot spremljevalka ali povzročiteljica težkega tbc. obolenja. Kot dokaz za bacilemijo je takrat mogel služiti samo poizkus na živali; kajti vse mikroskopske metode so se izkazale kot nezanesljive in pretežavne. V tem štadiju se je nahajalo to vprašanje ob izbruhu svetovne vojske.

Po svetovni vojni se je vnovič zbudilo zanimanje za K. b. v krvi šele l. 1927 z nastopom K. Bingolda. Tri leta nato, l. 1930, pa nastopi E. Löwenstein s svojim izboljšanim gojiščem in svojimi fenomenalnimi rezultati, ki postanejo naslednja leta še čudovitejši. Pri akutni poliartritisu je imel namreč 100%-ni uspeh, visoke uspehe pri kožni tbc. (preko 50%), pri horeji (chorea), neuritis retrobulbaris, sclerosis multiplex in pri shicofreniji pa so bili dobljeni K. b. tudi v slučajih, kjer sicer ni bilo mogoče opaziti nikjer nobene prave tuberkuloze. Ravno tako je L. vzgojil kulture iz tonzil, v katerih ni patološki anatom našel niti tuberklov, niti sirastih nekroz, sploh ničesar kar bi moglo govoriti v prilog obstoja tbc. obolenja. Tudi pri noseči ženi, ki je trpela na akutni poliartritisu, je dokazal bacilemijo. Preiskal je kri iz popkovine takoj po porodu (torej otrokovo kri) in tudi našel K. b. Ni čudo, če se Löwenstein povzpne do trditve, da je dijagnostični pomen njegove metode sličen pomenu Wassermann-ove reakcije in zavrže vsakovrstne tuberkulinske probe. Toda takoj moram omeniti, da je dotično

dete ostalo zdravo in ponovno ni reagiralo na tuberkulinske kožne probe in tudi ni pokazalo nikake lokalizacije tbc. virusa.

Septembra 1930 izda L. sledeča tabela :

	vseh poskusov	pozitivni rezultati
tuberkuloza pljuč	140	54
„ kože	92	51
„ grla	28	18
„ ledvic	22	13
„ kosti	18	9
„ oči	4	3
akutni reumatizem	21	21

Junija 1931 trdi, da pri 3000 kontrolnih slučajih še ni niti eden pokazal bacilov. Aprila 1932 je objavljena publikacija o skupnem sodelovanju Finsnovega instituta iz Kopenhagna s prof. Löwensteinom, ki je dobival kri iz instituta brez navedbe diagnoz. Procent pozitivnih slučajev je bil mnogo nižji kot zgoraj, poleg tega je bilo pozitivnih tudi 10 izmed 98 kontrolnih slučajev.

Samo ob sebi je umevno, da so kliniki takoj zagrabili za novo metodo z obema rokama. Obetanja so bila velika. Ftizeologi so se je takoj spomnili svojih slučajev s subfebrilnimi temperaturami, radi katerih so sumili na tbc. in s katerimi niso vedeli ničesar počeli, kadar zdravljenje s tuberkulinom stanja ni spremenilo, pacient pa je odšel s svojimi temperaturami domov. Kako naravnost rešilna bi bila Löwensteinova metoda v slučajih, pri katerih pozitivni kot negativni rezultati kožne probe s tuberkulinom dejansko ničesar ne povedo. Mislili smo da bomo morali zavreči staro klinično razlikovanje med hematogeno in bronhogeno tbc. če je K. b. res tako nenadležen in vsakdanji stanovalec našega ožilja. Upali smo, da nam bo novi „Löwenstein“ razjasnil marsikatero temino, ki še vlada na polju tuberkuloze. Patološki anatomi bi bili morali svoje naziranje popolnoma spremeniti. Tvorba tuberklov ne bi bila edina reakcijska forma tkiva na K. b., kakor smo vedeli do sedaj, ampak bi se le včasih primerila; bacil bi živel v tkivu kakor v krvi, ne da bi povzročil simptome ali patološke tvorbe (tonzile!). Če Löwenstein obvelja, se bo mnogo izpremenilo v teoriji kakor tudi v klinični praksi. Pojem tuberkuloze se pa bo nezaslišano razširil in poglobil.

Preizkušnje:

Prvi, ki se je oglasil, je bil sam K. Bingold. Naglaša v svojem poročilu, da se je do pičice držal navodil prof. Löwensteina. Metodo je preizkusil pri 10. slučajih akutne poliartritide, kjer so bili uspehi Löwensteinovi najbolj čudoviti in pri 15. slučajih težke eksudativne pljučne tuberkuloze. Vsi poizkusi so izpadli negativno. Drugi je bil Kallos, ki je preiskal 20 slučajev kožne tbc. točno po Löwensteinu. Ravno tako vse negativno. Löwenstein jim je takoj odgovoril, da ne obvladajo tehnike. Zanimivo je, da je Liebermeister pred 25 leti porabljal ravno isti argument napram svojim

kritikom. Detling je šel najprej k Löwensteinu po tehniko. 10 dni je dela na njegovem inštitutu, napravil 120 prob; ena sama je bila pozitivna. Doma je naredil 115 prob, vse negativne. Harmjanz in Kortmann sta objavila 15 slučajev, ravnotako vsi negativni. Nasprotno pa se Alvaro Urgoiti, ki je delal pri Löwensteinu, ponaša z velikim številom posrečenih kultur, vendar se omejuje samo na slučaje z izraženo lokalizacijo tbc. virusa. Avtorji torej po večini niso imeli uspehov ali pa samo nekaj odstotkov pri težko bolnih. Letos meseca novembra je izšlo poročilo o preizkušnji Löwensteinove metode na najbolj avtoritativnem mestu Nemčije, namreč na „Deutsche Forschung-Anstalt für Tuberkulose“, v Hamburgu (Predstojnik dr. Kirchner.) Poročevalec H. J. Tiedemann, namestnik dr. Kirchnerja je bil L. 1930 sam pri Löwensteinu (vidi se, kako je Löwenstein razburkal znanstvenike), nakar je 2 leti delal v Hamburgu. Poročilo pokaže veliko avtokritiko in navaja v zaključku sledeče:

- 1) Hemokultura po Löwensteinu ni dala v 15 slučajih akutne poliartritide niti enega pozitivnega rezultata.
- 2) Pri pljučni tuberkulozi je bilo mogoče v 2 slučajih izmed 50 dobiti čisto kulturo K. b.
- 3) Pri kožni in očesni tbc., kakor tudi pri živčnih obolenjih se kultura K. b. iz krvi ni posrečila.

Isti avtor poroča tudi, da so mu v 3 slučajih zrastle acidorezistentni bacili, ki pa niso bili v stanju niti pri zajcu, niti pri morskem prašičku, niti pri perutnini povzročiti obolenja, torej niso bili K. b.

Po navodilih Löwensteina smo tudi mi izdelali gojišča, jih preizkusili in primerjali z Lubenau-Hohnovim gojiščem in ugotovili, da bacili sicer lepo rastejo, pa ne kaj posebno lepše kot na tem gojišču. Začeli smo s hemokulturo na prvotni Löwensteinov način. Razbili smo eritrocite s pomočjo očetne kisline, centrifugirali in sediment cepili brez obdelavanja z žvepleno kislino, ker so nam tudi brez tega gojišča ostala v veliki večini sterilna. Vse brez uspeha. O priliki študijskega dopusta sem obiskal Pasteurjev inštitut v Parizu, kjer so rekli, da so z Löwensteinovim gojiščem prav zadovoljni, da pa niso imeli posebnih uspehov pri hemokulturah. Takoj nato sem obiskal Löwensteina samega na Dunaju. Zahvaliti se mu moram na tem mestu za prijazno dovoljenje, da sem si mogel ogledati vse od začetka do konca. Poučil sem se, da so naša samouška gojišča popolnoma v redu. O L. tehniki govorili se dosti ne izplača, ker je dokaj enostavna. Tekom časa je prof. Löwenstein tehniko sam v toliko izpremenil, da je za razbitje rdečih krvnih teles začel rabiti mesto očetne kisline destilirano vodo, kar je mnogo prijetnejše. Ko sem se povrnil, sem se znova lotil hemokultur. Obdelal sem prav različne slučaje od lahkih do najtežjih, posebno sem se zanimal za vsako klinično izrazito hematogeno formo, kjer bi bilo za trdno pričakovati uspeha. Imel ga pa nisem v vseh 18 slučajih niti enkrat. V naslednjem hočem kratko popisati vse slučaje.

- 1) s. N. K. Več let trajajoča hematogena tuberkuloza (tbc. fibrosa idenza lobi sup. utr. pljučna operirana na slepiču! Ob času vzelja krvi je imela erythema nodosum.
- 2) M. T. Pljučna, kosna in intestinalna tbc., meningealni simptomi ob vzetju krvi.
- 3) Ž. Z. Phthisis fibrocaverosa progrediens; temperatura do 39°. Seropneumothorax artet.
- 4) Š. T. Phthisis fibrocav. cavernosa progrediens; temperatura 39°; tbc. laryngis.
- 5) R. F. Tbc. miliaris chronica, v šladiju akutne eksacerbacije. Temperatura 39°.
- 6) B. D. Tbc. fibroulcerosa cavernosa lobi sup. utr.; tbc. epiglottidis; afebrilna.
- 7) N. M. Primarna pleuritis eksudativa. Temperatura 39°.
- 8) L. F. Pneumonia caseosa. Temperatura 39.
- 9) V. T. Polyarthritisa acuta, endocarditis acuta (ma um).
- 10) V. A. Phth. fibrocav. cavernosa pulm. dext.; že mesec dni visoko febrilna (do 38°).
- 11) K. S. Ozdravljena kavernoza fliza, tbc. laryngis izmeček že leto dni negativna; ima vsak dan 38 temperature, pri čemur se pa prav dobro počuti.
- 12) M. U. Phth. desperata; tbc. intestini et laryngis; Temperatura 39°.
- 13) Š. S. Pred 4 leti fibrocaverosen napad, ki je popolnoma ozdravljen, le včasih subfebrilne temperature.
- 14) C. M. Phth. fibros diffusa; pleuritis adhaesiva bilateralis; spondylitis; izredno dispnoična, temperatura 38°.
- 15) R. E. Primarna pleuritis eksudativa. K. b. v eksudatu izredno močno pozitivna. Lokalizacija tbc. na desnih pljučih. Tri mesece že temperatura 39°.
- 16) B. K. Težka phthisis fibrocaverosa cavernosa, tbc. laryngis; temperatura 39
- 17) T. E. Tbc. fibroulcerosa. Status febrilen.
- 18) H. Dj. Pneumonia caseosa z razpadom. Temperatura 39.

Zaključek:

Pri 18 slučajih:

- 6 težkih haematogenih tuberkuloz,
- 6 " fibrokazeoznih, kavernoznih tuberkuloz,
- 1 lahka fibrokazeozna tuberkuloza,
- 2 primarni pleuritidi,
- 2 kazeozni pneumoniji,
- 1 polyarthritisa acuta,

nismo bili v stanju dobiti niti ene hemokulture med navedenimi tuberkulozami 7 slučajev težke tuberkuloze grla.

2) Drugi raziskovalci pokažejo ravno tako ali popolne neuspehe, ali pa zelo nizek odstotek pozitivnih slučajev (podobno kot za časa Liebermeistera poizkus na živalih).

3) Izgleda, da bacilemija K. b. ni tako pogosta, kot to trdi Löwenstein in to niti v slučajih dokazanega tuberkuloznega obolenja, še manj pa pri drugih boleznih.

Literatura: Löwenstein; Münchner m. W. 1930/36,39. 1931/7,12,26,45,48. 1932/16,17. Beiträge zur Kl. d. Tbc. 76/5. Deitling; Münchner m. W. 1932/14. Bingold u. Spier, Kallos; Münchner m. W. 1931/45,48, Beiträge zur Kl. d. Tbc. 80/3,80/4, Tiedemann Beiträge zur Kl. d. Tbc. 81/3,4.

Zusammenfassung.

Autor befasst sich seit November 1930 mit der Tuberkelbazillenzüchtung. Er verwendet vor allem den Lubens-Hohn'schen sowie den Löwenstein'schen Eiernährboden. Hervorgehoben wird das Verdienst, das sich L. durch Einführung der Schwefelsäure erworben hat. Bei seinen Züchtungsversuchen an Pleuraexudaten hat Autor jedoch auf die Schwefelsäurewaschung verzichtet.

Bericht über 100 Versuche an Pleuraexsudaten. Davon 57 positive Ergebnisse. Die negativen Ergebnisse setzen sich zusammen aus: 4 traumatischen Exudaten nach Thoracokauslik, 1 intrapluralen Tuberkulininjektion, 8 Fällen akuter primärer pleuritis exudativa, 12 akuten Pneumothoraxexudaten, 10 mehrere Monate alten Pneu-exudaten und 7 alten spezifischen Empyemen. 4 Proben verdorben. Bei akuter exudativer Pleuritis waren von 11 Fällen 8 negativ.

Kulturversuch bei negativen Sputumbefund ist einfach ausführbar, rascher und billiger als Tierversuch.

Auch aus dem Eiter alter tuberkulöser Fisteln lassen sich in jedem Falle K. B. züchten, ebenso wie aus dem Eiter kalter Abszesse. Epidemiologisch wichtig!

Nach einer kritischen Uebersicht über die Geschichte der Züchtung des K. B. aus dem Blut erörtert Autor die Hoffnungen, die sich an die so überaus optimistischen Arbeiten L. knüpfen mussten. Dem fast durchwegs negativen Resultat dieser Versuche durch andere Autoren schliessen sich die ebenfalls in jedem Fall negativen Ergebnisse des Autors an.

Die Versuche wurden durchgeführt an: 6 schweren haematogenen, hochfiebernden Tuberkulosen, 6 schweren kavernösen, bronchogenen Phthisen, einer geheilten incipienten Phthise mit häufigen subfebrilen Temperaturen, 2 primären exudativen Pleuritiden, 2 käsigen Pneumonien und einer Polyarthrit acuta mit akuter Endocarditis. Unter den Lungentuberkulosen befanden sich 7 Fälle schwerer Tuberkulose des Kehlkopfes.

In allen Fällen war das Resultat negativ.

Ogino-Knaus

Zgolj kot opozorilo priobčil **Dr. Ant. Breclj.**

Vsesplošna stiska je znak sedanjega časa, gospodarska gmočna beda ogroža kar cele stanove in države. Duševna razrvanost izpodnaša temelje družabnega sožitja; vse kar je doslej držalo posameznika in družbo pokonci, se ruši in razpada; celo temelj vsej družbi, njena osnovna edinica, družina je v razkroju. Mnogo se govori in piše o stiskah družine, o potrebi presnove zakona in o preureditvi spolnega življenja sploh. Glavno besedo imajo v vseh teh vprašanjih ponajveč zdravniki.

Pred seboj imam obsežno poročilo o IV. Kongresu Svetovne lige za seksualno reformo, ki se je vršil na Dunaju 16. — 23. sept. 1930¹⁾ in kratko poročilo o mednarodnem zborovanju sexuologov v Brnu (ČSR) 20. — 26. sept. 1932²⁾. Vsi možni problemi so bili razpravljani, najrazličnejši vidiki in stališča razmotrivana, postavljene verjetne in neverjetne zahteve, odkritje pa, ki pomeni rešitev in varen izhod iz resničnih slisk novodobnega zakonskega življenja, ni bilo omenjeno, tudi v naših strokovnih listih se ne bere nič o njem, da si je to epohalno odkritje neprecenljive vrednosti za zdravniško poslovanje v kočljivih in često perečih zadevah.

Odkritje je zares novo; japonski učenjak dr. K. Ogino je že v letu 1923 in 1924 priobčil v japonskih listih izsledke svojih opazovanj in preiskav na jajčnikih 118 operiranih žen glede termina ovulacije in menstruacije. Na tej podlagi je on sam in mnogo njegovih japonskih tovarišev preskusilo

¹⁾ Sexual und Sexualreform, Verhandlungen der Weltliga für Sexualreform, Redigirt Dr. H. Steiner, Wien, Elbemühl-Verlag 1931.

²⁾ Prager Presse, 28. sept. 1932, Brünner-Sexuologenlagung.

vrednost njegovih dognanj glede koncepcije v dejanskem življenju. Življenska praksa je sijajno potrdila njegovo metodo, nakar jo je objavil leta 1930 tudi v Evropi¹⁾.

Istočasno je dospel do enakih ugotovitev po drugi, biološki poti mladi raziskovalec, zdaj izredni profesor v Gradcu dr. Hermann Knaus, ki je na podlagi starejših (predvojnih) raziskovanj in svojih poskusov dosegel dobo fiziološke sterilnosti pri spolno zreli ženi in določil čas sposobnosti za spočetje²⁾.

Nekaj odmeva je našlo odkritje v severnih deželah³⁾, kjer se zadeva javno razpravlja: zastopniki in glasniki oficijalne znanosti jo omalovažujejo bolj kakor kakšen „nov izum“ antikonceptivnega sredstva fizikalnega ali kemičnega značaja. Ne morem presoditi, ali je prislovna starokopitnost šolske modrosti na poti novemu spoznanju, ali niso morda z odkritjem ogrožene koristi kapitalistične industrije, ki ume slične nevarnosti preprečevati že v kali.

Kot opazovalca javnih zdravstvenih zadev me zanimajo že od nekdaj okoliščini, ki se tičejo družinskega življenja. Ker posega označeno odkritje bistveno v usodo tudi naših družin, opozarjam nanje svoje poklicne tovariše, ki so svetovalci in pomočniki zakoncem v zdravstvenih in tolikrat tudi v družabnih stiskah.

Oginovo odkritje se da na kratko povzeti v naslednjih ugotovitvah: Običajno časovno merjenje menstrualnega cikla („po začetku menstruacije“) ni smotno, ker se menstrualni cikel močno spreminja že pri isti ženi tembolj pri različnih ženah, točneje je določevanje po dnevih „pred prihodnjo menstruacijo“. To pa zatega delj, ker se izvrši ovulacija med 12. in 16. dnevom pred pričakovano perijodo ali drugače povedano: če se jajčece ne oplodi, se pojavi menstruacija 13. do 17. dan po ovulaciji. To časovno razmerje je stalno in neodvisno od trajanja ali nerednosti menstrualnega cikla.

Spermatozoi ostajajo živi v ženskih genitalijah navadno tri dni, izjemno 4 do 8 dni, žensko jajčece pa je oplodljivo ali rodovito (sposobno za impregnacijo) po vsej verjetnosti komaj nekaj ur. Praktična vodila so: 1.) Spočetje je možno v 8 dnevni dobi, ki je med 12. in 19. dnevom pred pričakovano perijodo (5 dni kot doba evolucije in 3 dnevi poprej); 2.) med 20. in 24. dnevom pred pričakovano perijodo je koncepcija redka (samo pri dolgoletnejši življenjski dobi spermatozoov, kar je izjemno); 3.) med 1. in 11. dnevom pred pričakovano perijodo je koncepcija nemogoča.

¹⁾ Dr. K. Ogino (Nigala, Japan): Ovulationstermin und Konzeptionstermin. Zentralblatt für Gynäkologie 1930. 8.

²⁾ Privatdozent Dr. H. Knaus: Über den Zeitpunkt der Konzeptionsfähigkeit des Weibes im Intermenstruum. Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 28. 12. Juli 1929. Prof. Dr. H. Knaus: Über den Zeitpunkt der Konzeptionsfähigkeit des Weibes M. m. W. Nr. 9. 25. Febr. 1931.

³⁾ J. N. I. Smulders (Holland): Periodische Enthaltung in der Ehe. Methode Ogino-Knaus. III. Aufl. Mai 1932, Manz, Regensburg.

Prefesor Knaus je na podlagi prejšnjih ugotovitev¹ in svojih bioloških opazovanj zaključil: Z gotovostjo moremo reči, da je tudi pri spolno zreli ženi fiziologična sterilnost. Žene z rednim 4 tedenskim ciklom ne morejo koncipirati v prvih 10. dneh in po 18. dnevu menzualnega cikla. Redovita perijoda, ki morejo v nji kohabitacije dovesti do nosečnosti, začenja 11. dan in se končuje vključno 17. dan cikla; in optimum sposobnosti takih žen je v dobi od 14. do 16. dneva cikla. Isti avtor ima podatke tudi za druge cikle, ki jih priobčujem v razpredelnici (zavoljo boljše preglednosti).

Oba učenjaka smatrata vsak svoje odkritje, ki se čudovito ujemata in dopolnjujeta, za biološko dejstvo, ki da se je pri vseh točnih opazovanjih in poskusih izkazalo kot tako.

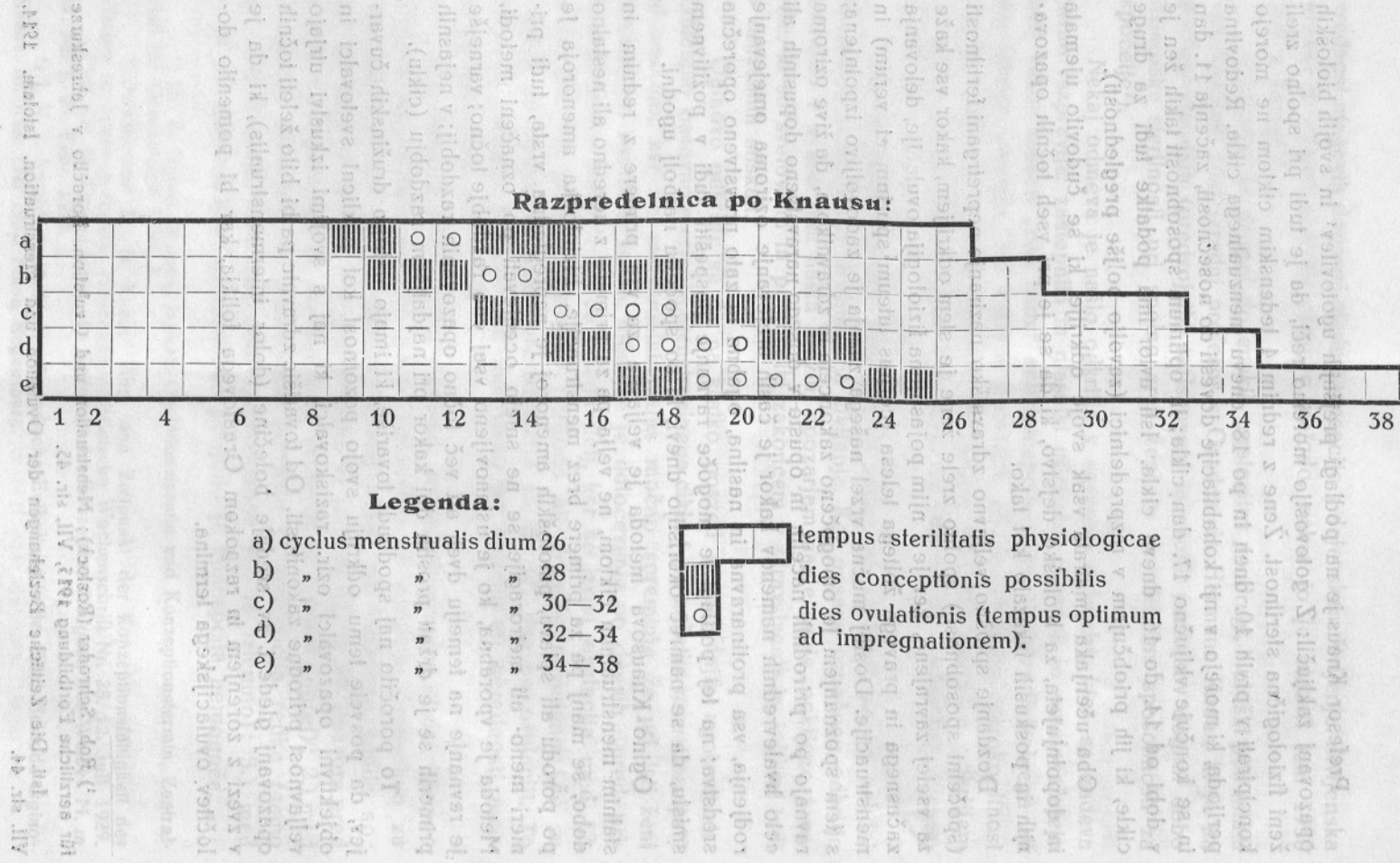
Dozdanje splošno veljavno zdravniško naziranje nepretrgani fertilitnosti (spočetni sposobnosti) spolno zrele žene je stem odkritjem, kakor vse kaže za vselej zavrnjeno, ker je z njim pojasnjena fiziologija ovulacije, delovanja začasnega in pravega žoltega telesa (corpus luteum spurium et verum) in menstruacije. Doslej mučna vrzel našega znanja je zadovoljivo izpolnjena; s tem spoznanjem je omogočeno zakoncem in zdravnikom, da žive oziroma ravnajo po prirodnih načelih in opuste v dosego naravstveno dopustnih ali celo hvalevrednih namenov kakor je časih urejevanje oziroma omejevanje rojdenja, vsa protinaravna in nasilna, ogabna in zato npravstveno oporečna sredstva; na tej podlagi je mogoče ravnanje pospešiti tudi v pozitivnem smislu, da se namreč okoristijo dnevi, ki so spočetju najbolj ugodni.

Ogino-Knausova metoda je veljavna za vse primere z rednim in stalnim menstrualnim ciklom, ne velja pa za primere z neredno ali nestalno dobo, še manj pa za primere brez menstruacije. Fiziološka amenorėja je po porodu ali splavu, patoloških amenorėj je nepregledna vrsta, tudi primeri meno- ali metroragije se ne smejo ocenjevati po označeni metodi. Metoda je vporabna, ko je ustanovljeno vsaj eno razdobje točno; varnejše je ravnanje na temelju dveh ali več točno opazovanih razdobj; v nejasnih primerih se je držati prostih dni kakor pri najdaljšem razdobju (ciklu).

To poročilo naj spodbudi tovariše, ki imajo nalogo družinskih čuvarjev, da posвете temu odkritju svojo pozornost kot poklicni svetovalci in objektivni opazovalci ozir. raziskovalci, ki naj s svojimi izkuṣtvi utrjajo veljavnost prirodne zakonitosti. Od tovariṣic-zdravnic pa bi bilo želeti točnih opazovanj glede 1. zv. srednje bolečine (dolor intermenstrualis), ki da je v zvezi z zorenjem in razpokom Graafovega folikla, kar bi pomenilo do-ločitev ovulacijskega termina.

¹) Rob. Schroder (Rostock); Menstruation und Ovulation. Poročilo v Jahreskurse für aerztliche Fortbildung 1913, VII, str. 45.

Isti. Die Zeitliche Beziehungen der Ovulation und Menstruation. Istotam. 1914. VII. str. 44.



Donos k zdravljenju čira želodca in dvanajstnika.*)

Dr. Rado Sfiligoj, praktični zdravnik, preje v Gorici, sedaj v Ljubljani.

Skoraj bi dejal: kolikor zdravnikov, toliko terapij ulkusa. Kajti vsak zdravnik se drži samo v splošnem ene ali druge šablone učne knjige, v posebnem pa dodaja ali odjemlje po lastnem preudarku in izkušnji posamezna zdravila. Kadar najde kolikor toliko zadovoljiv uspeh, si napravi nekakšno šablono zase ter jo obdrži za vse svoje paciente, ki bolehalo na ulkusu. Ravno vse te terapije povedo, da je ulkus težko ozdravljiv, in to še posebno, ker nam njegova etiologija do danes še ni znana. Imamo sicer več teorij in mnenj o vzrokih te bolezni ampak striktnih dokazov za eno ali drugo nam do danes še ni nihče podal.

Tudi mene je v začetku moje prakse terapija po učni knjigi pustila sem in tja na cedilu tako, da sem sam začel raziskovati, kje tiči vzrok neuspehu, dokler nisem došel do spodaj omenjene terapije, ki me je popolnoma zadovoljila. Mene seveda je gnala v prvi vrsti volja pomagati bolniku in ne krčevito tiščanje na nauke učnih knjig, ki bazirajo večinoma na izkušnjah starih vsaj 15 do 20 let nazaj. Kar je pa novih medikamentov in razkritij, navadno niso tam omenjeni, ker so še „v štadiju poskusov“.

Nekaj neuspehov pa lahko postane začetniku usodepolnih za nadaljnji obstoj.

Jaz za svojo osebo razlikujem bolnike z ulkusom v

1.) bolnike, ki prenašajo mlečno dieto,

2.) bolnike, ki je ne prenašajo.

To pa velja samo glede diete; glede terapije so enaki. Prvi dobijo skozi tri dni vsako uro kozarec mleka s smetano, razredčenega z 2—3 žlicami Aq. calcis; druge tri dni dobijo k temu še eno do dve jajci, stepeni v mleku, in 5 dkg. sveže šunke; surovo maslo samo, brez kruha. Od sedmega dneva dalje dobivajo običajno lahko dieto do 14. dne, nakar sledi dijeta IV. brez dražljivih snovi (poper, paprika, tobak, alkohol itd.). Drugi so težje dostopni glede diete: tem sem predpisoval prve tri dni čaj s smetano z dve — trem jajci na dan surova ali samo pogreta, sveže surovo maslo, šunko, 4—5 kozarcev Aq. calcis ev. sodavico. Kakor hitro so bolečine prenehale, sem prešel sedmi dan na lahko dieto (kuhano teletino, špinačo in ohrovč z oljem zabeljen, krompirjev pirex: 14. dan običajno IV. dieto brez dražljivih snovi. Kruh v kakršnikoli obliki je prepovedan od prvega dne dalje tekom dveh mesecev.

Terapija pa je obstojala v tem,

a.) da je pil pacient kolikor mogoče mnogo Aq. calcis (najmanj 3 kozarce dnevno) in

b.) vsak drugi ali tretji dan je dobival v stegno po eno podkožno injekcijo „Ulcerosan“—a). Te ampule vsebujejo na poseben način na-

*) Ta članek je bil namenjen za jubilarno številko Z. V.

*) Ulcerosan izdeluje kem. tovarna Mr. Ph. Kolač — Ljubljana VII.

pravljeno raztopino kovinske soli, katera ima to lastnost, da epitelizira ranjeno sluznico, ako znižamo istočasno indeks želodčne kisline i zategadelj sem predpisoval Aq. calcis v velikih množinah.

c.) da je pacijent telesno počival, najbolje ležal.

Celo zdravljenje je ambulantno, relat. udobno za pacienta. Precej mojih pacientov pa ni prišlo po injekcijo vsak tretji dan, kot naročeno, ampak skoraj vedno 1—3 dni pozneje — čemur se seveda v privatni praksi ni mogoče ubraniti. Navzlic nerednosti so bili uspehi dokaj zadovoljivi. Vsega skupaj sem zdravil po tej metodi od leta 1924 do 1927 preko 140 pacientov. Od teh sem videl popoln neuspeh samo pri dveh, ker sta imela že zastarelo stenozo in je bila operacija neobhodno potrebna; pri 6 zboljšanje stanja po več injekcijah, pri vseh drugih popolno ozdravljenje po 4—6 injekcijah.

V ilustracijo hočem navesti par bolj markantnih slučajev, radi pomanjkanja prostora, pa tudi radi lažjega pregleda pa opustim vse dolgovезne anamneze in navedbo natančnega status praesens.

I. št. 365/925—141/926 P. J. 57 letna žena, dolge sloke postave, shujšana. Ima bolečine v želodcu. Roentgen *) — od dne 22.X.1925: Ulcus duodeni cicatrix, periduodenitis adhaesiva. 22.2.1926. prišla spet, ker je bljuvala kri. Ulcus - dijeta in terapija.

26.II.926 Tek boljši, feolor ex ore obstoja še Čeravno se počuti bolje, dobi ulcerosan I. injekcijo.

5.III.926 Bolečine skoraj ponehale, se počuti mnogo bolje. Ulcerosan II. injekcija.

15.III.926. Ulcerosan III. injekcija.

20.III.926 " IV. "

7. IV.926 Med tem je imela influenco, Ulcerosan V inj.

19.IV.926 Ulcerosan VI. inj.

29.IV.926 " VII. " Se čuti popolnoma zdravo.

19. V.926 " VIII. inj. Pacientka je prihajala po injekcije le od časa do časa, ko se ji je zdelo potrebno. V splošnem je njeno zdravje povoljno.

II. št. 388/925 B. A. mož 56 let. 23.IV.925 boli ga v želodcu in zavija v trebuhu en mesec. Roentgen-izvid: ulcus duodeni callosus, periduodenitis, hypermotilitas duodeni). (glej sl. 1.) Na operacijo noče pod nobenim pogojem. Vpelje se antiulcerozna dijeta in terapija, Ulcerosan I.

27.IV.25. Ulcerosan II,

1. V. 25. " III. Zdrav;

16.II. 26. Se počuti zelo dobro, je najtežje jedi, kadi in pije alkoholne pijače.

III. št. 929/925. Š. T. mož 33 let. 2. IX. prinese Roentgen-izvid k meni z dijagnozo: ulcus duodeni. Na operacijo noče. Toži o bolečinah v želodcu, ki trajajo čez eno leto. Bruha jed vsak teden. Se vpelje ulcus - dijeta in terapija. Ulcerosan - inj. I.

5. IX. 25. Ulcerosan - inj. II.

9. IX.925. " III.

Se čuti popolnoma zdravega. Prenese vsako jed. Čez eno leto sem ga srečal slučajno in pravi, da je od takrat popolnoma ozdravljen.

IV. št. 306/926. H. T. 53 letna žena, ki je 6x rodila, 1x abortirala.

22.IV.926. Toži, da jo boli že od vojske sem želodec in epigastrium je občutljiv na pritisk, tiplje se otekline. Poslal na Roentgen.

24.IV. 26. Roentgen-izvid: želodec v obliki kljuke z očitno dextropositio regionis piloricae. Tik zgornje tretjine corp. ventriculi kot črešnja velika izdolbina, na veliki kur-

*) Vse rentgenološke in skice je napravil rentgenolog dr. Smerčinich v Gorici.

vaturi dva globoka krč. V razdalji ca. 10 cm izgleda mala kurvatura r'gična. Motilileta normalna. Diag. ulcer. callosus ventriculi. (glej sl. 2.)

Uvede se antiulcerosna dijeta in terapija. Ulcerosan-inj. I.

29. V. 26. Se počuti mnogo boljše. Ulcerosan II.

4. V. 26. Ulcerosan III.

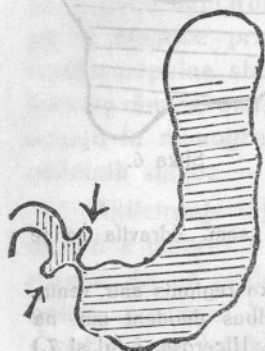
10. V. 26. IV. Težave so izginile.

V. št. 492/926. N. G. mož ster 53 let. Poslan k meni od kolege na podlegi Roentgen-izvida od 2.II.26.: na zadnji strani želodca pod fundusom je izdolbina velikosti črešnje, Dijagnoza: ulcer. (glej sl. 3.) Se vpelje antiulcerosna dijeta in terapija. Ulcerosan I.

15.VII.26. Se čuti zelo dobro. Ulcerosan II.

20.VII.26. Ulcerosan III.

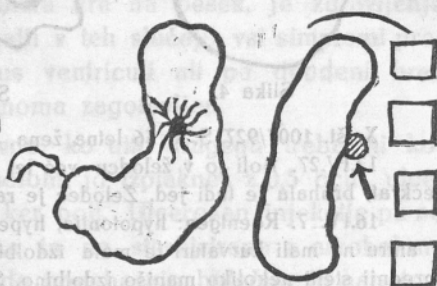
26.VII.26. IV. Popolnoma zdrav.



Slika 1.



Slika 2.



Slika 3.

VI. št. 592/926. R. F. 14 leten fant.

21.VII.26. Roentgen: konstitucionalno razširjenje želodca (orosio?) Vpelje se dijeta in terapija proti ulkusu.

27.VII. 26. Ima še bolečine. Ulcerosan I.

4. VIII.26. Bolečine so prenehale skoraj popolnoma. Ulcerosan II.

13.VIII.26. Se čuti zelo dobro. Ulcerosan III.

VII. št. 644/926. T. K. žena 52 let stara. Rodila 9x, splavila 1x.

13.IV. 26. Toži o bolečinah na želodcu, sili jo na bruhanje. Vpelje se dijeta in terapija proti ulkusu. Roentgen 19.IV.26.: ulcer duodeni et periduodenitis adhaesiva. Ulcerosan I. (gl. sl. 4.)

24.IX.26. Se počuti mnogo boljše. Ulcerosan-inj. II.

1. X.26. Se počuti zelo dobro, bolečine so prenehale. Ulcerosan III.

12.X.26. Ulcerosan IV.

29.X.26. V. Zdrava.

VIII. št. 834/927. T. J. 42 leten mož.

5.I.927. Poli ga želodec 1½ leta. Roentgen-izvid: na mali kurvaturi antri pylori sedi parapilorično pravokotna deformacija — znak parapiloričnega ulkusa. (gl. sl. 5.) Se vpelje antiulcerosna dijeta in terapija. Ulcerosan I.

10.I.27. Ulcerosan II.

14.I.27. III. Se počuti dobro.

19.I.27. IV.

1.II.27. V. Zdrav.

IX. št. 921/927. F. J. 35 leten mož.

7.III.27. Od Božiča ga boli želodec Roentgen-izvid: želodec razširjen z znaki vnetja sluznice; dextropositio antri radi periduodenitičnih adhaerenc; bulbus duodeni ima veliko

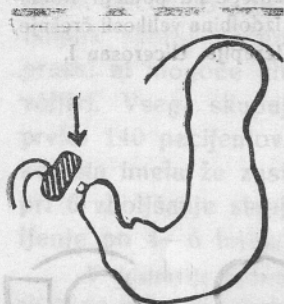
izdolbino ter perialcerosne retrakcije; izpraznitev želodca regularna. Diagnoza : ulcus duodeni. Se vpelje antiulcerosna dijeta in terapija. Ulcerosan-inj. I. (gl. sl. 6.)

10.III.27. Ulcerosan II. Se počuti dobro.

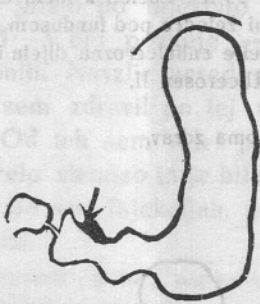
14.III.27. " III.

19.III.27. " IV.

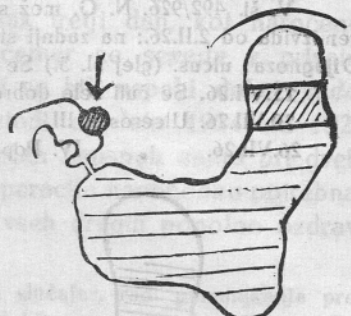
19.IV.27. " V. želi injekcijo sam, ker je preveč kafil in pil alkoholne pijače.



Slika 4.



Slika 5.



Slika 6.

X. št. 1007/927 S. R. 36 letna žena.

12.IV.27. Boli jo v želodcu več let že od predvojnega časa sem. Zdravila se je večkrat, bruhalo je tudi jed. Želodec je razširjen, zelo občutljiv.

16.IV.27. Roentgen: hypotonija, hypersekrecija, živa peristaltika regionis antr. ventr., V antru na mali kurvaturi je mala izdolbina velika kot grah. Bulbus duodeni ima na sprednji sleni nekoliko manjšo izdolbino. Se počuti boljše po terapiji. Ulcerosan I. (gl. sl. 7.)

20.IV.27. se čuti skoraj dobro. Ulcerosan II.

25.IV.27. se čuti zdravo. Ulcerosan III.

2. V. 27. Se pregrešila v dijeti, zato občuti spet nekoliko tesnobe čez pas. Ulcerosan IV.

11.V.27. se počuti dobro. Menses izostale: graviditas negotova.

XI. št. 1035/927. B. A. 69 let star mož.

29.IV.27 Pod žličko ga boli dva meseca. Roentgen-izvid: senca želodčnega sekreta sega 2 prsta visoko, mucosa zadebeljena; dextropositio regionis duodenopelvicæ; bulbus duodeni kaže znake ulcerosne deformacije; izpraznitev želodca normalna. Ulcerosan I.

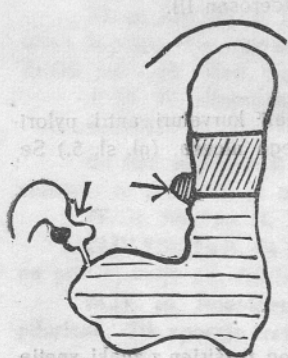
5.V.27. se počuti boljše. Ulcerosan II. (gl. sl. 8.)

12.V.27. Ulcerosan III.

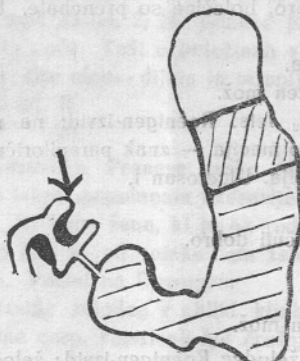
19.V.27. " IV.

26.V.27. " V. Se počuti dobro.

9.VII.27. Se počuti dobro, četudi pije, kadi ter čika.



Slika 7.



Slika 8.



Slika 9.

XII, št. 1407/927. M. L. 22 leten mož. Poslal kolega v zdravljenje na podlagi Roentgen-izvida: dilatatio ventriculi, hypersecretio, zadebeljenost sluznice, dextropositio do udenopilorica; bulbus duodeni je zožen posebno na srednjem traktu, tako da rezultira oblika metulja. Diagnoza: ulcus duodeni. Ulcerosan I. (gl. sl. 9.)

21.XII.27. gre mnogo bolje. Ulcerosan-inj. II.

26.XII.27. Se počuti dobro. „ III.

31.XII.27. „ „ „ „

Iz navedenih slučajev je razvidno, da je v splošnem potek ozdravljenja s temi injekcijami zelo pospešen, posebno ker ponehajo bolečine že po prvi injekciji skoraj popolnoma. Te injekcije dajem vsaka 2 ali 3 dni subkutano najboljše v stegno. Tudi v kožo trebuha ali pa interscapularno jih je mogoče aplicirati, samo ne v mišičevje. Uspeh je tako eklatanten, da ga ni mogoče pripisati kakšni slučajni kombinaciji. Seveda: ako je že razvita popolna stenoza pilora ali pa oblika ure na pesek, je zdravljenje brezuspešno z ozirom na končni izid, kajti v teh slučajih vsi simptomi prenehajo le mimogrede. Kjer pa je ulcus ventriculi ali pa duodeni brez občutnih stenoz — tam je uspeh popolnoma zagotovljen.

Apliciranje injekcij je zelo enostavno, ko niti drugega treba ni kot da 5-6 x izpereš 5 ccm. brizgo z alkoholom, jo izplakneš z 0,5 ccm. ulcerosana, da ne pride alkohol pod kožo, ker boli. Ulcerosan injekcije pa ne bolijo, posebno če je brizga prekuhana in ne sterilizirana z alkoholom. Četrť ure po injekciji že čuti pacient, da ponehavajo bolečine in napetost v želodcu, čez par ur pa gredo že flatusi, kar prinese pacientu zeto prijetno olajšanje. Tudi oba znaka: paraventrikularni lokalni meteorismus in zvišana lokalna paraventricularna peristaltika, ki spremljata akuten ali reaktiviran ulcus ventriculi ali duodeni, zgineta tekom par ur po injekciji. Ako ne izginejo vse težave popolnoma že po prvi injekciji, izginejo gotovo takoj po drugi.

Z ozirom na lepe uspehe, ki sem jih imel pri akutnih in kroničnih čirih želodca in dvanajstnika, bi toplo priporočal kolegom, da preiskušajo te injekcije pri svojih pacientih, posebno še ker sem zdravil samo en slučaj krvavečega čira in bi me zelo zanimalo zvedeli, kako se obnesejo injekcije pri teh čirih.

Prepričan pa sem, da je mogoče ozdraviti 95% vseh čirov, ki so do sedaj prišli pozneje s stenozo na operacijo. — Ker se z ulcerosanom v začetku obolenja takoj ozdravi čir, ni mogoče, da bi se razvila stenoza ali velika brazgotina in s tem odpade tudi vsaka kirurškična intervencija, kar je pacientom v veliko tolažbo.

Advice.

The author has made an own mode of medical treatment ulc. ventr. duodeni, as beneath:

The first week, the patient must keep the diet I., the second week the diet II. and the third week the diet IV. During this time the patients gets all second hour two spoons of aqua calcis in a glass of milk (in order to diminish the quantity of the heart-burn) and all second day a subcutaneous injection of the „Ulcerosan“. The author was very

successful of this mode can boast of having cured about 140 patients and recommends it to further trials with „Ulcerosan“. „Ulcerosan“ is a solution of the metallic salt (Metall-salz), prepared in a special manner by the pharmaceutical fabric Kolay . . .

The injections are subcutaneous, in the thigh, and are very successful, only if the aqua calcis be taken by the patient all second hour.

Dr. J. Prodan, šefzdravnik.

Poročilo o delovanju protituberkuloznega dispanzerja v letu 1932.

Iz letnega poročila protituberkuloznega dispanzerja o svojem prvem celoletnem delovanju posnemamo sledeče podatke:

Število vseh pregledov v dispanzerju je znašalo 2.429. Zaprta tuberkuloza je bila ugotovljena pri prvih pregledih v 507, a odprta v 60 slučajih. Posetov v dispanzerju radi posveta je bilo 524. Rentgenološki pregled je bil izvršen 1160 krat. Izmečkov je bilo preiskanih 157, a tuberkulinskih reakcij je bilo izvršenih 757, sedimentacij krvi 265. Umetni pneumotoraks je bil apliciran v 79 slučajih. Stalna zaščitna sestra je izvršila 602 hišna obiska, s 25 zdravnikovimi kontrolami. V bolnico je bilo poslanih 32 bolnikov, v kolonije 58 otrok, direktno v zdravilišče 1, v hiralnico 10 bolnikov. Za zdravila, življenske potrebščine, pljuvalnike, termometre, desinfekcijska sredstva, kolonije, zdravilišče in hiralnico je protituberkulozni dispanzer izdal 47.751.83 Din.

Svoje delo izvršuje protituberkulozni dispanzer po sledečem pravilniku in poslovniku:

1.) Dispanzer Osrednje protituberkulozne lige v Ljubljani vodi socialno-medicinsko zaščito tuberkuloznih bolnikov, njihovih rodbin in drugače ogroženih posameznikov v zaščitenem okolišju.

2.) Socialno-medicinsko skrbstvo izvaja dispanzer Osrednje protituberkulozne lige na sledeče načine:

a) izsleduje bolnike, jih izloča v rodbinah samih, v kolikor dopuščajo njih stano-vanske razmere ali jih pošilja v posebne zavode;

b) pregleduje, poučuje bolnike in člane njihovih rodbin. V prav posebnih slučajih tudi ambulantno zdravi;

c) podpira siromašne bolnike in njihove rodbine s hrano, perilom, sredstvi za očuvanje pred okuženjem itd.;

d) posreduje v svrhu socialne zaščite na korist svojih varovancev;

e) dovaja dojenčke in male otroke iz tuberkuloznih rodbin otroškemu dispanzerju zdravstvenega doma;

f) vodi v evidenci ozdravljene osebe;

g) posreduje razkužbo po odvedbi ali smrti bolnika;

h) vrši vse druge koristne posle v svrhu čimbolj učinkovite socialno-higijenske zaščite jetičnikov.

3.) Posvetovanja, pomoči in event. specialnega zdravljenja so deležni le siromašni bolniki-varovanci, ki se izkažejo s predpisanim ubožnim spričevalom ali pa z nakazilom uradnega zdravnika za ubožne odnosno z nakazilom javne soc. med. ustanove. Vsi ostali lahko pridejo na posvet, a nimajo pravice na zdravljenje.

4.) Bolnike pošiljajo v dispanzer uradni in zasebni zdravniki, zdravstvene ustanove, jih izsledi zaščitna sestra, priglasili se smejo tudi sami.

5.) Vse podrobne naloge zdravniškega in pomožnega osebja v dispanzerju O.P.L., kakor tudi predpise za bolnike določa poslovnik o delu v dispanzerju anfituberkulozne lige, kateri je sledeči :

1.) Dispanzerju načeljuje šef-zdravnik, ki mora imeti zato kvalifikacijo predpisano po zakonu za zdravnika specialista. Vodi vso strokovno in pomožno osebje, ter je odgovoren za vse notranje in zunanje poslovanje dispanzerja.

Njegove dolžnosti so te-le :

a) Vodi dispanzer, nadzira poslovanje podrejenega osebja ;
b) preiskuje, svetuje, poučuje sprejete bolnike, sporoča izvide zdravnikom, ki so bolnika poslali ;

c) je v stalni zvezi z kuratorijem dispanzerja in ostalimi ustanovami ;

d) pošilja Osrednji protituberkulozni ligi, pristojnemu sanitetnemu oblastvu redoma vsak mesec in sicer najkasneje do 5. dne poročilo o poslovanju po posebnem obrazcu.

2.) Zdravniku dispanzerja pomaga zaščitna sestra, ki je stalna kreпка vez med dispanzerjem in njegovimi varovanci. Njene dolžnosti so te-le :

a) pomaga zdravniku v dispanzerju :

b) poseča bolnike po hišah in rodbinah, ugotavlja tam zdravstvene in socialne razmere, svetuje, daje pojasnila, prihaja v hišo kod prijateljica ter gleda, da si čimprej pridobi zaupanje domačinov.

c) nadzira izvrševanje zdravniških predpisov in uporabo podeljene pomoči ;

d) vodi beležnik o svojih opazovanjih.

3.) Če želi bolnik biti sprejet, se mora dati preiskati po zdravniku. Obvezen je donos izmečka, po potrebi rentgenološka in krvna preiskava, kakor tudi tuberkulinska proba.

4.) Za bolnike, sprejete v zaščito dispanzerja velja ta poslovnik in red dispanzerja. Oni so dolžni pokoriti se navodilom in opozorilom zdravnika dispanzerja in ostalega osebja.

Temeljna skrb dispanzerja, ki je najvažnejša ustanova v odprti protituberkulozni borbi je izsleditev vseh tuberkuloznih slučajev in njih pravilna razvrstitev s smotrom preprečiti nadaljnjo infekcijo in pridobitve ponovne delazmožnosti. To nam je skoro idealno uspelo v naših šolah s pomočjo najožjega sodelovanja z državno šolsko polikliniko in mestnim fizikatom. Pri sistematičnih šolskih preiskavah se vsak še količkaj sumljiv učenec pošlje na kontrolno preiskavo v dispanzer. Na ta način smo izsledili večinoma nevarne incipientne flize (zgodnji infiltrat) v 13 slučajih. Vsi ti slučajji so bili nemudoma odposlani v bolnico ali zdravilišče, kjer so po večini dobili umetni preumotoraks, to je najidealnejše zdravljenje začetne tuberkuloze.

Naša želja je in ostane tudi naprej upeljati sistematične preiskave tudi pri ostalih prebivalcih Ljubljane, ki pa je le polagoma dosegljivo in je odvisno od soc. hig. kulture prebivalstva.

Zelo važna se nam zdi ureditev protituberkulozne borbe za ljubljansko okolico, ki je v epidemijološkem oziru direktno vezana na Ljubljano. Kako se težko pridobiva razumevanje za protituberkulozno borbo nam služi v dokaz, da občina Moste kot sestavni del Ljubljane še do danes ni pristopila kod souzdrževalelj dispanzerja. Razumemo vso težino sedanje gospodarske krize toda ne razumemo nerazumevanja največje človeške krize - tuberkuloze — ki je brez dvoma močna komponenta v splošni gospodarski

stagnaciji. Sodelovanje z bolniškimi blagajnami osobito veliko razumevanje naše največje soc. bolniške ustanove. O.U.Z.D. je olajšalo dispanzerju delo pri iskanju in razvrstitvi bolnikov. Slej ko prej ostane pomanjkanje bolniških postelj, primernih izolacijskih prostorov, cenениh ljudskih zdravilišč, naša skrb in borba v protituberkuloznem delu. Ko bo vsa naša banovina prepletena z antituberkuloznimi dispanzerji kakor predvideva zakon, potem bo brezhibno delovanje v protituberkulozni borbi lahko pokazalo uspehe analogne onim v drugih državah.

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

Proslava 70-letnice Slov. zdrav. društv.

V svrhu proslave svoje sedemdesetletnice je Slovensko zdravniško društvo priredilo dne 18. decembra 1932. ob pol enajsti uri v dvorani OUZDna Miklošičevi cesli v Ljubljani slavnostno zborovanje.

Izredno lepa udeležba je pokazala, da zdravniški stan ve cenili vrednost organizacije. Poleg članov so počastili slavnost predstavniki najodličnejših stanovskih organizacij in zaslopniki oblaslev.

Predsednik Slov. zdravniškega društva primarij Dr. V. Meršol je otvoril zborovanje in pozdravil vse navzoče, v prvi vrsti odlične goste: Knezoškofa Dr. Gregorija Rožmana, šefa san. oddelka kr. banske uprave Dr. Dolšaka kot zaslopnika bana, mestnega župana Dr. Puca, prorektorja univerze Kralja Aleksandra prof. Dr. A. Šerka, predsednika Zbora liječnika Hrvatske, Slavonije in Medjumurja in podpredsednika Lekarske komore Savske banovine Dr. Čulumovića, tajnika Zbora Dr. Palečka, predsednika Jugoslovanskega zdravniškega društva prof. dr. Zalokarja, predsednika Zdravniške zbornice Dravske banovine Dr. Rusa, šef-zdravnika OUZD Dr. Zajca, zaslopnika Zdravniškega društva v Mariboru primarija Dr. Černica, bivšega dolgoletnega predsednika in častnega člana društva primarija Dr. Gregoriča, zaslopnika Profesorskega društva prof. Lapajnela, zaslopnika društva „Pravnik“ Dr. Lučovnika, zaslopnika Odvelniške zbornice Dr. Krivic-a, Apofekarske zbornice Mg. ph. Sušnika in Leusteka, inženerske zbornice ing. Mačkovšeka, Društva banovinskih zdravnikov Dr. Jenka, Društva pomožnih zdravnikov Dr. Breclj-a, Društva medicincev g. Benedika.

Na predsednikov predlog se je poslala Nj. Veličanstvu Kralju Aleksandru vdanostna, ministru Puclju pa pozdravna brzozavka. Zborovalci so se še poklonili spomenu umrlih tovarišev.

V daljšem izčrpnem govoru je nato predsednik orisal zgodovino in razvoj društva. L. 1861 se je v Ljubljani ustanovilo Zdravniško bralno društvo, dne 22. decembra 1862. pa „Društvo zdravnikov na Kranjskem“, ki se je po prevratu preimenovalo v Slov. zdravn. društvo. Predsednik je dalje naglasil, da je bilo ravno „Društvo zdravnikov na Kranjskem“ že davno pred svetovno vojno gojilo prijateljske stike z „Zborom liječnika za Hrvatsku, Slavoniju i Medjumurje“. Poleg drugega je obe društvi vezalo isto glasilo „Liječnički Vijesnik“, ki je ob vsaki priliki šel tako prej „Društvu zdravnikov na Kranjskem“ kakor pozneje „Slov. zdravniškemu društvu“ v vseh ozirih na roko, kar je potrebno z zahvalnostjo omeniti. Društvo zdravnikov na Kranjskem je že precej pred svetovno vojno navezalo tovariške stike s „Srpskim lekarskim društvom v Beogradu“. 16 slovenskih zdravnikov, večinoma članov društva, se je odzvalo pozivu Rdečega križa ter se udeležilo balkanske vojne večinoma v srbski armadi.

Predsednik je v svojem govoru nanizal tudi vse druge važne dogodke iz delovanja in prizadevanja društva, predvsem še plodovito borbo za zakon o zdravniških zbornicah, za slovensko univerzo, posebno za medicinsko fakulteto v Ljubljani. Spomnil se je posebej tudi dr. Oražna, največjega mecena slov. akademskega naraščaja, kateremu je zapustil vse svoje premoženje. Za bodočnost je označil kot naloge društva: poglobitev znanstvenega medicinskega delovanja s prirejanjem znanstvenih predavanj in demonstracij, osnovanje manjših edinic v obliki okrajnih zdravniških društev, podpiranje in popularizacija socialno-zdravstvenega dela med narodom, sodelovanje pri raznih humanih organizacijah — in last not least: ustvariti prej ali slej davno željo: postaviti si svoj „Zdravniški Dom“.

Po pozdravnem govoru predsečnika so izrazili društvu priznanje in mu čestitali k jubileju številni gosti.

Dr. Dolšak je v imenu kr. banske uprave naglasil, da je to društvo ne samo stanovsko, marveč tudi socialna — kulturna institucija, ki naj tudi v bodoče uspešno deluje v korist članov in naroda.

Knezoškof dr. G. Rožman je v svoji čestitki omenil, da je prišel na zborovanje radi tega, ker vera uči, da daje Bog človeku življenje, veselje in zdravje. V ta namen je dal Bog tudi sredstva, ki naj po:pešujejo, da se življenje ljudi razvija trdno in zdravo, s tem pa tudi veselo in srečno. S tem, da zdravniško društvo skrbi po svojih članih za zdravje in pospeševanje higijene med narodom, ima tudi pred Bogom velike zasluge. Duhovništvo in zdravništvo imata isti cilj po starem reku: Zdrav duh v zdravem telesu.

Mestni župan Dr. Puc je posebno poudarjal prizadevanje društva za univerzo v Ljubljani.

Prorektor prof. Dr. Šerko je želel društvu živahnega razvoja tudi v bodoče in mu zaklical: „Vival, crescat, floreat“.

Predsednik Zbora liječnika Dr. Čulumović je prinesel pristrčne pozdrave bratskega društva kakor tudi Lekarske komore iz Zagreba in naglasil, da je vezalo Slovence vedno ozko prijateljstvo s Hrvati, tako da je bil čas, ko je bil predsednik društva v Ljubljani Hrvat dr. Slajmer, predsednik Zbora v Zagrebu pa Slovenec dr. Kosirnik. Kakor je pred 42 leti pozdravljal v Gradcu v društvi brate Slovence, tako jih z istim zanosom pozdravlja tudi danes, želeč, da bi se prijateljski sliki v bodoče še poglobili.

Prof. dr. Zalokar je pozdravil zborovalce v imenu Jugoslovanskega zdravniškega društva in poudaril, da se zgodovini čeh. društev sicer ne krijeja, saj je nastalo Jugosl. zdravn. društvo šele po prevratu, krijeja se pa cilja čim tesnejše zveze zdravniškega delovanja v prid naroda in države.

Predsednik Zdravniške zbornice dr. Rus je pozival tovariše, naj se oklenejo še tesneje društva, ki vrši veliko narodno delo v procvit domovine. Za Odvetniško zbornico je pozdravil Dr. Krivic, ki je primerjal delovanje zdravnika in jurista: Bistvo zdravniškega poklica je obvarovanje zdravlja, odvetnik pa obvaruje pravico posameznika — Brez zavesti pravne varnosti ni zdravlja. V imenu Apolekarske zbornice je naglasil Mg. Ph. Sušnik, da veže lekarnarje ozka vez z zdravniki saj sta le dve veji nekdanj enotnega poklica. Dr. Zajc je v pozdravu spomnil, da obhajata dva brata jubilej. Poleg sedemdesetletnice Slov. zdrav. društva obhaja desettletnico OUZD, ki je pokazal svoje uspehe z delom natančneje opisanim v posebnem pisu in obrazloženim s pestrim statističnim in propagandnim materijalom, ki je razstavljen v zborovalni dvorani. Primarij Dr. Černič je v imenu Zdravniškega društva v Mariboru želel, naj hodita obe bratki društvi složno isto pot. Prof. Lapažne je v pozdravu naglasil važnost srednješolske izobrazbe za izbiro poklica. Zastopnik društva „Pravnik“ dr. Lučovnik je podčrtal dejstvo, da stremita obe društvi za istim smotrom in vodita borbo za narodov blegor. Ing. Mačkovšek je pokazal na tesno povezanost stavbarstva in zdravništva na polju higijene in želel še tesnejšega sodelovanja v bodoče. Pristrčno pozdravljen je Dr. Gregorič obujal spomine kot pokretnik organizatorične ideje zdravniškega stanu in je poudarjal važnost društva za bodočnost.

Predsednik se je vsekemu govorniku posebej zahvaljeval za čestitke in nasvete ter povedal, da so pisмено čestitali: Sipsko lekarsko društvo, dekan medic. fakultete

prof. Dr. Plečnik, prof. Dr. Šlajmer, prof. Dr. Metod Dolenc, primarij dr. Cholewa, Dr. Breclj, dr. Dereani in dr. Schwab. Nato je podelil besedo slavnostnemu govorniku prof. Dr. Zalokarju, ki je v krasnem govoru povedal v kratkem sledeče:

Popisal je vse bistvenejše pridobitve v medicini, v kolikor jih je pospeševalo posebej Slov. zdravn. društvo, zraven pa omenjal značilnejše dogodke, ki so bodisi na zunanji ali na znotraj vplivali na društvo. Poudaril je, da je bilo delo društva eminentno kulturno delo, ki v sestavi splošne slovenske kulture brez dvoma zavzema odlično mesto. Poveličeval je zdravniški poklic, ki je iz zgolj klinične medicine počasi ustvarjal socialno medicino. Naznačil je kulturno stremljenje med zdravniki, ki so se še pred 150 leti strokovno orientirali proti Padovi, dočim je pozneje skoraj eno stoletje prevladoval dunajski vpliv, ki je usmerjal naše zdravnike. Omenil je obenem s tem, da nacionalna borbenost sicer ne pristoja bistvu zdravniškega stanu, toda narodna in ljudska nota se je glasila in se mora glasiti tudi v zdravniških društvih, ki morejo biti le izraz idej, ki vodijo narod.

Zelo obširno se je predavatelj pečal s socialnimi nalogami medicine, ki v našem času nekako dozorevajo in se skušajo izoblikovati vedno popolnejše. Prehod iz individualizma v novo strujo se vrši pred našimi očmi ter vzbuja na vseh koncih in krajih težkoče in organizatorično neurejenost.

V zgodovini našega društva so začrtani nekako trije pravci, v katerih so slovenski zdravniki delovali. Humanitarnost, socialnost in stanovska zavest so bili vodniki v vsakdanjem zdravniškem delu. Pri vsem svojem delu pa bo moral zdravnik tudi v bodoče energično stati na stališču, da v njegov delokrog spada predvsem varstvo in krepitev življenja. Ogroženo je narodno pomlajevanje, v nevarnosti so korenine ljudskega zdravja, bojmo se za biološke narodne dobrine, od vseh strani se zaganjajo pogubonosni valovi v biološko stanico, v družino, na vseh koncih in krajih se kažejo vplivi, ki utegnejo v našem žensstvu oškodovati pravir vsega življenja t. j. materinstvo. Za bodočnost bo ena najvažnejših nalog slovenskega zdravništva, da razen svojih dosedanjih medicinskih tendenc uveljavi še stremljenje za nemoteno številčno in vsebinsko zadovoljivo napredovanje naroda.

Predsednik dr. Meršol se je predavatelju zahvalil za tehtne besede, vsem navzočim, posebno gostom pa za udeležbo na proslavi in ob pol eni uri zaključil slavnostno zborovanje.

Po zborovanju je bilo v hotelu Metropol skupno kosilo, katerega se je udeležilo mnogo članov in nekaj gostov.

Dr. V. M.

I. zdravniški diskusijski sestanek v Novem mestu.

Javna ženska bolnica v Novem mestu je pričela prirejevati redne sestanke zdravnikov Dolenjske in Belokrajine. Prvi sestanek se je vršil 6. novembra 1932. ob 15 uri v prostorih vodstva javne ženske bolnice.

1) Navzoče zdravnike pozdravi in istočasno odpravi sestanek g. višji zdrav. svetnik **dr. Viktor Gregorič**, sanitetni referent v Novem mestu, ki obrazloži pomenističnih zdravniških diskusij ter podčrta pomen sodelovanja praktičnih zdravnikov z bolniškimi zdravniki.

2) Nato predava vodja bolnice **dr. Milan Ziga Červinka** o novejših anestetičnih metodah v porodništvu. Povdarja, da je smatrati vsak poizkus znižati bolečine porodnice dares najvažnejši cilj porodničarja, ravnotako, kot je že postalo splošno običajno, zmanjšati ali popolnoma odstraniti bolečine v drugih kirurških panogah. Posebno podčrta pomen anestezije n. pudendi po Bollagu in Selliheima ter metodo peroralne anestezije z mešanico scopolamina in morfija po Stoeklu. Predavatelj izrazi svoje naziranje, da sta te dve metodi pripravni tudi v ambulantni praksi praktika, osobito z uporabo manj toksičnih in dolgo trajajočih anastetičnih sredstev iz kinolinove skupine (percin, tutocain in pantocain).

3) Sledi predavanje dr. Červinke o današnjem pojmovanju patogeneze puerperalne sepe ter pregled novejših terapevtskih metod sepe, osobito z vidika praktičnega zdravnika.

Predavatelj kratko očrta razvoj naziranj o poslanku ter bistvu puerperalnih septičnih obolenj ter razvije moderno unitaristično naziranje o patogenezi teh obolenj v smislu teorij, ki so izšle iz Kielske šole Slickovca. Nasproti klasičnim naziranjem po Schottmüllerju, Friedmannu in Sloecku, ki strogo ločijo dvojce skupin (limfatično obliko — sepsa ter tromboflebitično obliko — pijemijo), smatra unitaristična šola septično obojenje kot enoten pojav, ki izhaja iz puerperalne endometritide ter se razvija prvotno glavno po limfnih potih in šele v nadaljnjem poteku izzove perivaskularne infiltrate ter nadalje endo — oziroma tromboflebitična obolenja, iz katerih nastanejo sekundarna žarišča. Odvisno od imunizatoričnih sposobnosti organizma, oziroma od jakosti infekcije, se razvije nadaljna oblika bolezni in sicer kot benignnejša varianta tromboflebitičnega obolenja (pijemija) oziroma sekundarnega hematogenega obolenja (sepsa) z metastatičnim obolenjem seroz.

Iz novjših metod predavatelj posebno omenja seroterapijo z Warnekross-ovim puerperalnim antitoksinom. Warnekrossov antitoksin znači velik pripomoček v terapiji sepse ter vsekakor doseženi uspehi nadkriljujejo desedaj že uporabljene metode (Moserjev serum ali vakcino po Besredku). Neprijetna ovira je le visoka cena tega proizvoda Saškega serološkega zavoda.

Od kemoterapevtskih sredstev priporoča predavatelj kombinirano metodo 40% urotropina in chinin-urehana, kakor jo je imel priliko preizkusiti sam na kliniki prof. Müllerja, in katero tudi uporablja v novomeški bolnici. Omenja tudi starejše italijanske metode Baccelijev z intravenozno aplikacijo sublimata, katere je predavatelj uporabljal dalje časa na ginekološkem oddelku prim. dr. Watzkeja v Celju. Seveda zahteva ta metoda natančno kontrolo funkcije ledvic in jeter.

Nato razvije pregled raznih metod „aktivacije protoplazme“ ter avtohemoterapije osobito po modifikaciji Litwakovi. Nadalje priporoča v primernih slučajih uporabo abscess de fixation po Fochier-Commandeuru.

Kot za bolnice posebno primerno in uspešno metodo priporoča predavatelj transfuzijo krvi, katero bo v doglednem času redno upeljala tudi novomeška ženska bolnica. Odklonilno se izjavlja na osnovi velikih znanstvenih razmišljanj o kirurški terapiji puerperalne sepse (podvezanje vv. spermaticae, vv. hypogastricae oziroma v. cavae).

H koncu povdarja še veliki pomen celotne terapije organizma, ki je v mnogih slučajih pravzaprav edino temeljito terapevtsko sredstvo v rokah praktika. Opozarja na promptni kardiotorični učinek intravenozne aplikacije dekstrin-ozne ter intravenozne kapljalne injekcije z mešanico alkohola ter fiziološke razstopine vode.

4) **Dr. Kožuh Ludvik**, sekundarij ženske bolnice v Novem mestu predava o mediastinalnih tumorjih. Predavatelj opiše zanimivi slučaj bolnice, ki je prišla v bolnico z anamnezo velike enkratne krvavitve iz požiralnika. Bolnica je bila brez vseh subjektivnih težav ter objektivni perkutorni in avskultatorni izvid ni razjasnil slučaja. Šele na podlagi rentgenološke preiskave se je slavila diagnoza mediastinalnega tumorja maligne narave. Kmalu na to je bolnica umrla vsled profuzne krvavitve iz požiralnika. Smrt je nastopila v nekaj minutah. Pri sledeči obdukciji, ki jo je izvršil predavatelj, je našel tumor izhajajoč iz mediastinalnih limfatičnih žlez, ki je destruiral steno aortnega loka, ta je spremenil tumor v aneurysmo spurio in na to nadalje destruiral steno požiralnika ter povzročil letalno izkrvavljenje v požiralnik. Predavatelj na to priključi demonstracijo pregled o patologiji in klinični simptomatologiji mediastinalnih tumorjev.

5) **Dr. Kožuh Ludvik** še na to demonstrira patološko-anatomske preparate novorojenčka, ki je 4. dan po rojstvu umrl pod klinično diagnozo morbus coeruleus. Pri obdukciji se je našla atrezija pulmonalke s foramen ovale apertum in perzistenco ductusa Botalli.

6) V naslednjo debato poseže Dr. Konvalinka, ki omenja da je že Hlavova patološka anatomsko šola v Pragi, kjer je bil on svoječasn asistent zavoda, povdarjala slično unitaristično naziranje o patogenezi puerperalnih obolenj.

Dr. Ivanešević in dr. Dereani omenjala atipična obolenja v grlu zvezana z oedemom glottidis in važnost diferencijalne diagnoze sličnih obolenj od davice.

Dr. Gregorič povdarja važnost zgodnje izolacije nalezljivih obolenj in priporoča skrajno previdnost pri stavljenju diagnoze v takih dvomljivih slučajih.

Dr. Škulj predlaga, da bi se pri prihodnjih sestankih debatiralo o slučajih, katere pošljejo zdravniki v bolnico, da bi se postavile diferencialne diagnoze, odnosno da bi se razpravljalo o nadaljnem zavodnem zdravljenju posameznih zanimivih slučajev, ker je za zdravnika v praksi važno, da ve za nadaljnji potek obolenja.

Dr. Smola predlaga, da se vršijo slični sestanki zdravnikov vsaki mesec in bi se slično debatiralo tudi o zanimivih slučajih iz sosedne moške bolnice v Kandiji.

Ob 19. uri zaključijo dr. Gregorič sestanek ter napove slično diskusijo za dan 4. XII. 1932. v tukajšnji ženski bolnici. Č.

II. zdravniški diskusijski sestanek dolenskih zdravnikov.

Dne 4. decembra 1932. so se že v drugič sestali zdravniki iz Dolenske in Belokrajine v javni ženski bolnici v Novem mestu. V smislu razpisa centralnega higijenskega zavoda, odnosno odloka kr. banske uprave dravske banovine o anketi glede širjenja poliomyelitis ant. ac., se je v glavnem razpravljalo o tej bolezni.

Ob 15.15 uri tvori sestanek **Dr. Viktor Gregorič**, ki nato predava o kliniki ter epidemiologiji otroške ohromelosti. Predavatelj osobito poudarja pomen zadostne in zgodnje izolacije obolelih oseb, posebno z ozirom na česte kliconoše tega obolenja.

Dr. Ludvik Kožuh piše na prejšnjo diagnostiko Heine-Medinovega obolenja in opozori v smislu opazovanj E. Hokeja na izostanjanje Pirquetove pozitivne reakcije pri obolelih na tej otroški ohromelosti. Predavatelj je sam poskusil pri slučajih, ki so se letošnjega leta zdravili v novomeški bolnici reakcijo s Tuberkulinom Merck ter je soglasno z opazovanji Hokejevimi dognal da je pri vseh teh slučajih izostala pozitivna reakcija, čeprav je dvojce otrok kazalo istočasno klinične znake verjetno specif. obolenja pljuč, odnosno kosti. Predavatelj pusti odprto vprašanje ali gre za tuberkulozno še neinficirane slučaje, ali gre resnično za specijelno pri Heine-Medinovi bolezni nastopajočo „energično“ reakcijo kože. Hokejevih poskusov z raznimi vazokonstriktori in vazodilatatorji predavatelj ni mogel napraviti ker je zdravil samo otroke, katerih koža se je izkazala za slične poskuse neprimerna.

Predavatelj opiše nadalje na podlagi popisov bolezni in lastnih opazovanj vse slučaje, ki so se zdravili v novomeški bolnici, povdarjajoč njih atipično sliko. Glede izvora infekcije teh slučajev poudarja predavatelj dejstvo, da pri nobenem od letos zdravljenih slučajev ni mogel dognati neposredno infekcijsko zvezo, kar je tudi v soglasju z novjšimi raziskavanji (Brugsch, Nonnenbruch).

Glede terapije omenja poskus zdravljenja tega obolenja z eulohemoterapijo, ki je tudi njemu v dveh slučajih prinesla prav lepe uspehe. Ostale običajne metode se mu zdijo brez posebnega vpliva na daljnji potek bolezni, izvzemši lumbalne punkcije, ki mnogokrat povzroči prav očitno izboljšanje celotnega stanja, in sicer v slučajih zvezanih v akutnem stadiju z značilnim dražljajem možganskih mren. Še vedno ostane pa za terapijo vodeče pravilo, počekali prvih 4.5 tednov obolenja, nakar sme šele slediti oprezna elektroin-mehanolitapija. Predavatelj opozori tudi na novejša ortopedske poskuse lečenja trehnih posledic te bolezni, v področju pa se nemore spustiti, ker mu manjkajo lastne izkušnje.

Končno demonstrira predavatelj štiri slučaje otroške ohromelosti, ki se še sedaj zdravijo v novomeški bolnici ter poskusi na podlagi nevrološkega razčlenjenja postaviti prognozo posameznih paraliz in parez.

Dr. Polenšek Marijan piše slučaj fudrojančne oblike otroške ohromelosti, kekor jih je bilo pri letošnji jesenski epidemiji le prav malo. Smrt je v popisnem slučaju nastopila v 2 dneh po začetku obolenja.

Dr. M. Z. Červinka predava — „O sedanjih nazorih iz seksualne endokrinologije in o moderni opterapiji ginekoloških obolenj“.

Predavatelj poda najprej kratko zgodovinsko sliko razvoja seksualne endokrinologije, kakor se izčrpno bavi osobito z poskusi Biedlovimi o ovarijelnem seksualnem hormonu („Brunsihormon“), o dozimetriji hormonalnih ovarijelnih preparatov po Allen in Doisy-ju, nakar preide na poskuse Corner in Klaubergerja ter češke šole Jerijeove (Klaus in Gála) o hormonalni funkciji luteinskega telesca. Končno razpravlja detaljno o poskusi Evansa in Berkeley z hipofizarnimi ekstrakti in njiu učenca F. Smitha, ki je skoraj istočasno kakor Aschheim in Zondek napravil 1. 1926 svoje prve poskuse z transplantacijo koščka prednjega dela hipofize. Popiše regulatorično delovanje obeh komponent prehipofizarnega hormona (Prolan A. in B.) na sinergizem obeh antagonističnih ovarijelnih hormonov, vendar pa povdarja temeljno razliko med delovanjem hipofizarnih in ovarijelnih hormonov, ki se je osobito pokazala pri kastriranih živalih, kjer se je izkazalo, da učinkuje ovarijalni seksualni hormon neposredno na maternico in nožnico, prehipofizarni hormon pa ne more izzvati pri kastriranih živalih nobenih sprememb.

Imenovani poskusi Achheim-Zondekovi imajo nadalje svoj praktičen pomen v diagnostiki zgodnje nosečnosti, osobito kot kvantitativne biološke metode (diferencijacija posrednih vrst degenerativnih sprememb posteljice).

V drugem delu predavanja izvaja terapevtske konkluzije opisanih bioloških poskusov. Opoterapija je tako n. pr. suvereno sredstvo „oligoglandularnih“ sekundarnih amenorej. Največja ovira zadostnega udmačenja teh metod je visoka cena resnično dobrih preparatov. Takšnih standardiziranih zanesljivih preparatov je pravzaprav malo. Nemška farmacevtska industrija nam prinaša n. pr. sledeče preparate: Folliculin Menformon, Hogival Sanabo, Progynon Schering-Kahlbaum, Unden Farbenindustri A. G. Od domačih sredstev se lahko priporoča edino le Glanduovim Kemika, ki je tudi nekoliko cenejši. Vodeči princip pri zdravljenju amenorej je kombinirano zdravljenje z ovarijelnimi in hipofizarnimi preparati. Dosedanja uzetna terapija praktikov izključno le z ovarijelnimi preparati ni mogla prinesiti nobenih trajnih uspehov in eventuelne krvavitve, ki so nastopile niso bile še znak regularnega, restituiranega ovarijalnega oz. menstrualnega cikla. Tudi prehipofizarnih preparatov imamo malo. Nemška kemično-farmacevtska industrija nam nudi dvojere dobrih, standardiziranih preparatov in sicer Horpan Sächsische S. Werke. in Prolan Farbenindustrie A. G.

V novomeški bolnici uporabljajo kombinacijo po shemi; ki je nekoliko modificirana po načinu kakor ga svetuje Hoehne.

Ordinirajo torej: 3 dni po 100 mišjih enot (običajno Glanduovina ali Progynon a).

4 dni po 200 m. e. istega preparata.

Prvi, tretji in peti dan pa apliciramo po 150 podg. enot prehipof. preparata (običajno Horpana).

V slučaju, da izostane uspeh po prvi takšni turi, ponavljajo po odmoru treh dni še enkrat celo kuro.

Kar se t. če druge velike skupine ginekoloških obolenj, ki so slično mnogokrat domena opoterapije namreč ginekološka „ovarijelna“ krvavenja, so uspehi manj zadovoljivi. Uporabljamo opoterapijo res še-le tam, kjer lahko izključujemo vse druge vzročne možnosti krvavenja vendar pa vsekakor preje, kakor, se odločimo h kakšni operativni metodi. Predavatelj uporablja edini standard. preparat, ki ga izdeljuje nemška industrija: to je Luteogan Henning. Uspeh po prvi injekciji je vedno prompten že po dveh urah, vendar s tem še ni rečeno, da bi bil trajen. Po Kaufmannu se da v celoti 20 zaj. enot.

Nadaljnje polje za opoterapijo z luteinskimi hormoni je habituelni splav in habituelni splav prezgodnji porod.

Poleg zdravljenja z luteinskimi preparati priporočata osobito Allen in Goldthorpe ter v zadnjem času madžarski avtorji (Verabély Bakos in Molnar) preparate paratiroidnih telesca. (Extract. parathyroidaeae Richter). Aplicirali je treba vsaki dan prilično 1 cm (50 Collip-ovih enot) intramuskularno. Predavatelj sam nima še večjih tozadevnih izkušenj kajti zdravi sedaj še-le drugi slučaj na ta način in zato svetuje v splošnem pri hormonalnih metodah poskusiti luteinske preparate.

Poleg opoterapije aplicirajo v novomeški bolnici pri sličnih krvavitvah tudi obsevanje z rdečimi žarnicami (Neon-žarnico), katere uporabo sta tako toplo priporočal Stoeckel in Küstner (slednji za dysmenorrhoea pseudom.).

Dizmenoroične težave zdravi predavatelj z ovarijelnimi preparati (v celoti aplicira 15.000 m. e.) in z obsevanjem z Neon-žarnico po Küstnerju.

Končna grupa, ki prav lepo reagira na temeljito zdravljenje z ovarijelnimi preparati so razne klimakterične in kastracijske molnje, kjer je treba odvisno od resnosti slučaja aplicirati 5000-10.000 m. e.

H koncu svojega predavanja podčrta predavatelj še nezadostne skušnje, ki jih imamo s novejšimi opoterapevličnimi metodami, ki pa vsekakor značijo velik napredek v praktični uporabi endokrinologije.

Dr. M. Z. Červinka predava na to še o izredno zanimivem slučaju „Hipo-genitalizma in aplazije nožnice, ozdravljenega z operacijo po Kirschner-Wagnerju in opoterapijo“.

Predavatelj razvije najprej vprašanje upravičenosti operacij sličnih prirojenih hib, nakar opiše vse sedanje operativne metode uporabljive pri odstranitvi ginalrezij oz. novotvoritvi umetne nožnice in končno opiše slučaj sam, ki se je zdravil letošnjega majnika v novomeški bolnici in je popolnoma ozdravljen.

(Predavanje izide in extenso v „Zdravniškem vestniku“).

Po predavanju se razvije živahna debata nakar se ob 18 uri zaključi sestanek. Prihodnji sestanek se vrši 8. januarja 1933. Č.

Pogovor z urednikom.

Dragi g. urednik!

Najin pogovor zadnjič na Golniku je še dolgo odmeval v meni. Povedali in razložili ste mi marsikaj, kar našim kolegom kakor tudi meni ni čisto znana zadevščina, seveda v škodo vseh nas. Namenil sem se najin pogovor po vsebini ponoviti, kakor se je vršil, povedati ono, kar je naša skupna zadeva in ki bi jo Vi kot urednik morda malo težje povedali, kakor jaz oddaljeni opazovalec in spremljevalec. Goreče pa Vas prosim, da vse te negodne pa potrebne pisarije iz katerihkoli predsodkov ne vržete v koš.

V začetku januarja sem obiskal našega ga. urednika, s katerim sva se seznanila na enem izmed zadnjih zdravniških kurzov na Golniku. Pokazal mi je vse novosti, ki so nastale po kurzu, razložil mi je nova pota v fiziologiji in kar sam od sebe se je razvil pogovor, ki je vseboval takorekoč naš program za bodočnost, našo pallelko, da se izražam času primerno,

Jaz: No, kako ste zadovoljni kot urednik Zdravniškega Vestnika?

U.: Pa povejte najprej Vi, kako ste zadovoljni kot bravec, potem pa izveste kaj več od mene.

Jaz: Zabavljati bi ravno ne smel, nimam pravice za to, po znanem pregovoru: Podarovanemu konju.

U.: Potem pa hvalite! Kaj si domišljate, da Vas ne bom uganil, kje grajate?

Jaz: Tega pa ne ugamele. Odkrito povedano, jaz nisem posebno razmišljal o tem, kako Vi urejate in kako Vi izhajate. Zato Vam utemeljene graje niti ne morem izreči kar tako na hitro. Celotno moje občutje je to, da je zapihal nov veter nekaj novega je v zraku. Ne vem, od kod to občutje, mogoče so to malenkosti, kakor to, da avtoriji navajajo literaturo, mogoče je to povzročila slavnostna ševilka, ki je bila dokaj reprezentativna. Mogoče je nova smer v listu, ki se čisto določno orisuje. Tudi pri strogo znanstvenem listu da urednik svojo smer, svojo osebno obiležje. Torej kar se smeri tiče moje

priznanje! Go'ovo smo naredili precejšnji korak naprej, list je postal naše spodobno glasilo in kar je glavno iz lista veje odločna volja, povspeli se še višje. Moram reči da sem se še letoš zavedel tega in da zato sprejemam naše drobno glasilo s čisto drugo pijeteto kakor kak zlato vezani „Terapevtski Vestnik“ i dr., da je naš Vestnik dobil svoj predal v moji knjižnici in da bi mi bilo ne vem kako žal, če bi iz katerega-koli razloga prenehal. Graje najbrže niste uganili, lahko ste pa slišali rahlo samoobtožbo, ki je grenka, ker je resnična.

U: Vidim, da sem padel pretkancu v roke. Vaša pohvala je tako velika, da je skoraj nesramna; seveda rečem: skoraj. Na vsak način ste me popolnoma razorožili in zmehčali. Sedaj Vam moram odgovoriti na Vaše prvo vprašanje, kako se kaj počutim kot urednik. Rečem Vam kot Bonaparte pri Marengu, enkrat premagan, enkrat zmagovalec. Ko sem boj začel, to se pravi ko sem prevzel uredništvo, sem se najbolj bal, da mi bodo manjkali komilitones. Te sem pridobil. Krog sotrudnikov se je močno razširil, gradiva se je nabralo za pol leta naprej posamezna dela so vedno skrbnejše izdelana in poglobljena. V tem oziru rastemo neverjetno. Upal bi si postaviti trditev, da se slovenskemu človeku znanstveno delo izredno prilega in da se bo pri nas razvila znanstvena generacija prvovrstne, nadpovprečne kvalitete. Samo zunanje pogoje je treba ustvarjati. Ravno ti pa so vedno manjkali. Z našim Vestnikom je eden predpogojev na novo ustvarjen. V 10 letih bo Vestnik lahko stal na evropski višini in še več, v njem bodo pisale evropske avtoritete zrasle v naši zemlji. To navdušenje ima svojo zaresno podlago. Poglejte le to, kaj vse imam že pripravljeno za tisk. Pa to so gotovo šele začetki.

Prav vsi seveda ne mislijo tako. Nekateri so skeptiki, možje brez navdušenja, drugi so brez zanimanja, ker jih praksa upeha, tretji zopet so poklicni zabavljachi. Neki preko naših meja znan in priznan znanstvenik, mi pa piše, da pri Vestniku ne bo sodeloval, ker mu je veliko važnejše, da Slovenci sodelujejo pri inozemskih revijah in na ta način seznanijo tujno z našimi deli. Prav v jedru je to ono isto vprašanje, ki ga je načel že Oton Zupančič v Ljubljanskem Zvonu. Prav gotovo ni vseeno, ali so pomembni originali napisani v nemški, francoski ali slovenski reviji. Sicer pa tudi ni nobene ovire, da se isto delo v predelani in morda še izpopolnjeni obliki predstavi inozemstvu, ne pa narobe. V tem slučaju bi degradirali Vestnik na nivo referatnega lista, ki ga pa jaz ne bi hotel urejevati. Kdor hoče graditi svoj dom, mora pač varčevati s tem, kar ima; seveda če se domenimo, da doma ne maramo, no polem ...

Neprecenljiva pa je tudi pobuda, ki jo daje naše glasilo znanstvenemu naraščanju. Tega ne more dati nobena tuja revija, še zaradi nemožnosti osebnega stika med urednikom in med pisci.

Težak poraz sem pa doživel na finančni fronti. Kakor veste, naročnine ni, Tudi jaz se je zaenkrat še nisem upal vpeljati. Gmojni viri so torej inserati in podpore. Poglejte moj dnevnik! Koliko slo pisem sem razposlal na tvrdke s prošnjo za inserate. Tvrdke pa ostajajo po večini trdovratne in zadrgavajo svoje možnje popolnoma brez respektja, kar jim pa vspricho splošnega gospodarskega stanja ne smemo niti preveč zameriti.

Potem sem rotil naročnike, to se pravi prejemnike, naj mi prihitijo na pomoč. Bil sem nemilo razočaran pa tudi prijetno presenečen. Le prečitajte doma imenik darovalcev. Tisti, ki imajo sredstva in ki imajo skoraj bi rekel — dolžnost, ti naši odličniki, so skoraj s prav redkimi častnimi izjemami — — — čisto izostali. Tega ne razumem. Razveselil pa sem se naših mladih sekundarijev in pa zadolženih mladih zdravnikov, ki me sicer niso mogli rešiti iz stiske, dali so mi pa potrdilo in novega poguma. Tako je vsota celega mojega Marenga le zmaga. Kako se bom finančno izvlekel še ne vem. Vem pa, da se bom izvlekel.

Jaz: Kako pa dejansko izgleda ta Vaša razbita finančna fronta?

U.: Ne bom Vas mučil z vsemi podobnostmi. Rečem Vam le, da je bilo z dohodki iz inseratov mogoče kriti približno polovico izdatkov. Če bi vsak od naših kolegov dal 50 dinarjev — kar menda ne bi presegalo plačilne možnosti njihovega proračuna — potem

bi bili kritični stroški za Vestnik v sedanji obliki brez slavnostnih števil. Naklada ene same številke me stane 3.500 do 4.000 din., podpore od strani tovarišev pa so vrgle 3.120 din. Računajte torej sami!

Rekel sem: to so stroški za Vestnik v sedanjem obsegu. Jaz pa hočem več. Zdravniški Vestnik mora v doglednem času našemu praktičnemu zdravniku nadomestiti tuje revije, postati mora vsem našim bolnicam ter bolniškim in znanstvenim zavodom forum, kjer bodo mogli objaviti vse svoje praktične skušnje in znanstvene izsledke. Že zaradi same terminologije pa bi bilo treba Vestnik ustvariti, ako ga ne bi bilo. Treba pa bo tudi stanovska vprašanja obravnavati z vso resnobo, ki jo zaslužijo ravno v sedanji dobi preurejevanja vsega socijalnega reda in prevrednotenja vseh vrednot. To so seveda samo splošne smernice, v podrobnostih pa je naš program še mnogo mnogo bogatejši.

Optimist sem, brez optimizma pač ni mogoče delati. Pojdite, gospod kolega, širite ta optimizem med vsemi tovariši, tudi onimiki ki so malodušni in — kar je hujše — indiferentni in dosegli bomo to, kar hočemo.

Da, da, je bil moj neizgovorjeni odgovor. Izmenjala sva še par misli in že so me klicali na odhod. V razvoju zaostali Tržiški vlak mi je dovolil preobilico časa, da sem zbral vse glavne misli razgovora. Med tem staromodnim potovanjem sem se tudi spomnil, da je časopis še vedno najmodernejše sredstvo za širjenje optimizma in tako sem izpolnil svojo nalogo.

Dr. Peter K.

VPRAŠANJA IN ODGOVORI

Vprašanje 9. **Je-li obstipacija trajni pojav pri ulcus ventriculi oz. duodeni?**

Obstipacija je trajen spremljevalec ulcus duodeni. Najdemo ga tudi pri ulcus ventriculi, vendar ne tako redno ko pri ulcus duodeni. In sicer je obstipacija pri ulcusu nekak predhodnik bolečinske atake; radi tega nastopa ravno tako perijodično kakor bolečine želodčnega čira. Mi vemo danes, da je ulcus duodeni vezan skoraj 100%no na hyperaciditas. Ulcus ventriculi kaže to samo v 50 primerih od 100. Včasih je perijodično nastopajoča obstipacija edini simptom ulcusa, ki potem tudi izgine, kakor hitro se je pozdravil ulcus. Perijodična vezanost take obstipacije pri ulcusu dokazuje očitno draženje črevesja za časa akutne čirne perijode na podlagi draženja vegetativnega živčevja v smislu spastične kontrakture črevesja.

Dr. Merčun, Ljubljana.

K vprašanju 8.

Antikoncepcijska sredstva, ki se danes običajno predpisujejo, so:

1. Irigacija s 3% borovo kislino post coitum,
2. Semori (vsebuje Acid. taratar. ac. boric., Natr. bicarb., Chinosol),
3. Speton (slično sestavljen kot 2) ter
4. Vaginol (Hydrarg. oxycyanat. itd.).

Moje mnenje glede predpisovanja teh sredstev z ozirom na zdravje žene: Pri zdravi vagini povzročuje že navadna irigacija s čisto vodo večkrat maceracije sluznice, prav posebno pa molijo adstringentia in desinficientia, bodisi v svrhu irigacije ali pa kot anticoncipientium, normalni kemizem sluznice in to radi lokalnega vpliva na njo. Pri ženskah, pri katerih so indicirana anticoncipientia, bo vsled manjše odpornosti slaničevja lokalni efekt še značilnejši.

K temu se pridružuje še splošni vpliv kemikalij na vse telo oziroma na posamezne organe, kakor zlasti vpliv na ledvice (hydrarg. oxycyan.).

Od vseh zgoraj naštetih anticonc. sredstev je še najsigurnejše Vaginol in ta vsebuje — hydrarg. oxycyanat!

Jaz pri ženah, pri katerih prihajajo v poštev anticonc., radi tega ne priporočam sredstev, ki bi jih uporabljale v škodo svojemu zdravju, ampak svetujem, da se raje moški poslužujejo kondonov.

Dr. M. Fink-ova — Ljubljana.

NOVE KNJIGE

Kalemljenje protiv tuberkuloze po Calmettu. (iz 3. interne klinike beograjske univerze — šef prof. dr. A. Radosavljević).

Kakor je v uvodu naznačeno, je namen razprave, da pokaže v glavnih potezih celo to tako važno vprašanje, da bi mogel vsaki poedini zdravnik priti do definitivne sodbe.

V prvem delu prinaša dr. Murić pregled dosedanje literature o cepljenju z B. C. G.-em. V glavnih potezih opisuje eksperimente na živalih, uporabo pri otroku, kritiko vakcinacije z B. C. G.-em, kritiko Calmette-ove statistike kakor tudi kritiko tuberkulinske reakcije pri vakciniranih.

V drugem delu nam doc. dr. Nedeljković predloži slanje celega vprašanja na VII. kongresu mednarodne unije proti tuberkulozi v Oslu meseca avgusta leta 1930. Iznaša v glavnem referate in polek diskusije, ki so se je udeležile najbolj znane osebnosti današnje medicine. Po vsem tem imamo že neko odrejeno mnenje o tej vakcinaciji.

Treliji del prinaša v glavnem poročilo o delu z B. C. G.-em v raznih zdravstvenih zavodih v Beogradu do maja 1930. Nas ta del prav posebno zanima, ker se nanaša na vse to, ker je storjeno v naši sredini. Prof. Radosavljević je s svojimi sodelavci rabil B. C. G. od 1. februarja 1927 do 1. junija 1930 pri 1041 osebah in sicer: 1.) S preventivnim namenom je vakciniral per os 794 novorojencev in 11 subkutano pri tuberkulin-negativnih otrocih; 2.) z namenom, da bi preiskušal terapevtski vpliv B. C. G., kakor tudi radi proučevanja umetne superinfekcije z B. C. G.-em pri tuberkulozno inficiranih — 417 oseb. Posebno vzbuja našo pozornost poročilo o terapevtskih poskusih. Delovanje B. C. G.-a bi bilo v splošnem analogno delovanju tuberkulina, toda bolj protirahirano.

Sledi končni sklepki se sicer že sam po sebi vsiljuje: Vporaba B. C. G.-a je neškodljiva za človeka. Calmette-ova profilaktična vakcinacija koristi, — kako in koliko to nam bo pokazal šele čas.

Prof. dr. M. Jovanović-Batut: Priredni prirast stanovništva Srbije i njegovi biotički značaj. (Bibl. centr. hig. zavoda).

Materijal, ki tvori predmet te publikacije, se nanaša na razdobje od 1834 do 1900, objavljen pa je bil šele sedaj, dasi je že davno pripravljen z namenom „da bi vzpodbujal koga od mlajših kolegov za slično študijo iz novejšje dobe.“ Akoprav je vse to podano le v kratkih potezih, nam je verdar v stanju dati jasno sliko o periodi ko so vladale v Srbiji ne ravno higijenske prilike.

Tako vidimo, da se je v tem razdobju povečalo število prebivalcev Srbije od 678.193 na 2.300.000. Vendar ta ogromni porast ni posledica kake posebne plodnosti Srbov, temveč izraz tendence prebivalstva za zakonsko življenje. Tako je prišlo v Srbiji od 1000 prebivalcev, sposobnih za zakon, poročenih 701, dočim je v ostalih državah padalo to število celo na 473! To bi nas moglo razveseliti samo, če bi bili ti zakoni tudi vedno plodni. Iz statistike pa vidimo, da je Srbija v tem pogledu skoraj na poslednem mestu med evropskimi državami in to s povprečno 4,11 otrok na en zakon. Toda to je premalo, kadar se vzame, da je v Srbiji umrljivost otrok jako visoka.

Pa še nekaj nam pada v oči, kar nam niti najmanjše ne sme biti indiferentno: v Srbiji se sklepa še vedno izredno veliko število zakonov med zakonci, ki še niso spolno zreli in sposobni za zakonsko življenje (od 15 do 19 let). Potem seveda ni

čudno, če se od takih staršev rodijo otroci z zmanjšano življensko sposobnostjo. Ta prezgodnja poroka pa je verjetno tudi vzrok, da je v Srbiji življenska doba zakonca mnogo manjša kot pri ostalem prebivalstvu (vsega 19, 1 let). To pa pomeni, da se nahaja pri Srbih mnogo manjši odstotek ljudi v produktivni življenski dobi. Ravnotak nas preseneti dejstvo, da najdemo pri Srbih veliko nesorazmerje v starosti med zakoncema. Prav pogostoma se dogaja, da je žena mnogo let starejša od moža.

Vse te tako zanimive podatke spremljajo mnoge izčrpne statistične tabele tako, da nam prof. Jovanović-Batut nudi s tem „jednim listom“ jasno sliko iz tega razdobja življenja prebivalstva Srbije. Naša želja bi bila, da bi se s tem materialom kmalu okoristili oni ki bi nadaljeval proučevanje tega-gotovo ne majhnega našega problema.

Dr. Branimir Maleš: Antropološka ispitivanja (Bibl. centr. hig. zav.). Avtor obravnava podatke, ki jih je prejel pri preiskavi 100 Črnogorcev, 61 slučajev žensk — in 67 moških iz kraja Žičane. Vsi ti slučajji pripadajo dinarski rasi. Ta material nam lahko nudi do gotove meje možnost priti do natančnejšega mnenja o tem delu našega prebivalstva, ki zavzame precejšen del naše domovine.

Pregledani Črnogorci pripadajo povprečno visoki skupini (po Schmidtu) ter so makreskelični (v 94%) a v 72% je akromion višji od suprasternalne točke. Na ta način bi hipotonični tipi (Po Lebzeter-u) tvorili komaj eno tretjino. Konstitucionalni tip je v 78% respiratorni, ostali pa so mešanega tipa. Širina ram je pri Črnogorcih nekaj večja kot pri Nemcih, prav znatno večja pa kot pri Francozih. Skoraj polovica Črnogorcev je hiperbrahikefalična.

Slične vrednote je avtor našel tudi pri drugih svojih slučajjih.

Dr. Božidar Bajić. Pšenice Južne Srbije (Bibl. centr. hig. zav.)

Južna Srbija bi mogla biti radi svojega podnebja odličen teren za gojitev dobrega žita. Toda radi slabe obdelave ter slabega semena danes ne daje žita one vrednosti, ki bi se moglo na veliko izvažati. Vendar pa se dobijo v nekih krajih, kakor n. p. v kumanovskem srezu, vrste največje vrednosti (kako je triticum vulgare var. ferrugineum), ki bi si mogle osvajati svetovni žitni trg.

V zadnjem času so že začeli z gojenjem selekcioniranih vrst, vendar pa bi bilo potrebno, da se selekcija vrši z domačimi pšenicami in ne s tujimi ki se morda ne bodo mogle prilagoditi južnosrbskemu podnebju.

Dr. M. Grujić.

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Maleš: Vpliv kofeina, kave s kofeinom in kave brez kofeina na metabolizem. (Glasnik Centralnog Higijenskog zavoda, br. 4—5., 1932.) Po uspešnih delih Baglioni-ja in njegove šole je avtor preizkušal vpliv kofeina na bazalni metabolizem. Stvarno se namreč ne more govoriti o vplivu kofeina na bazalni metabolizem, ker se pri eksperimentih na živalih ne more zadositi temeljnemu pogoju eksperimente, oziroma da se bazalni metabolizem izkuša na fiziološko in psihično popolnoma mirni živali. Najtočnejši so rezultati eksperimentov na golobih in psih, ker se ti v aparatih najmirneje vedejo. Ampak tudi te živali, po vzetju dovoljne količine kofeina ne ostanejo v onem fiziološkem stanju, ki je potrebno, da bi produkcija energije odgo-varjala bazalni vrednosti. Kofein pospešuje močnejšo ledvično sekrecijo, pospeši oblok krvi, podraža gibanje in dviga tonus mišičja. Avtor je odstopil od konvencionalnega pojmovanja vrednosti bazalnega metabolizma, pa je (po zgledu drugih šol) vzel kot najmanjšo osnovno vrednost oni najmanjši energetski izdelek, katerega producira normalno precej mirna žival. Rezultat poskusov je ta: Navadna kava v nekaj večjih dozah občutno povečuje porabo živali na termični neutralnosti, dočim kava Hag v istih količinah ali

sploh ne učinkuje ali pa komaj opazljivo. Kofein povečuje za krajši ali daljši čas vrednosti bazalnega metabolizma. V primeru da je to povečanje močnejše, nastopi po tem padec metabolizma izpod normalne vrednosti. To isto povečanje nastopi, ako se jemlje navadna kava. Kava Hag ne povzroča nikakšno ali pa le minimalno povečanje, ker se v isli nahaja kofein v neznatni količini.

DROBNE NOVICE

Te dni je obhajala **ženska bolnica v Ljubljani** deselletnico svojega obstoja. Ženska bolnica se je pod vodstvom svojega ravnatelja prof. dr. A. Zalokarja povzpela na višino, z katero jo lahko zavida marsikateri tudi večji zavod tu — in inozemstva. Čestitamo!

Prof. dr. Franc Kogoj, predstojnik dermatovenarol. univerzitetne klinike v Zagrebu je bil imenovan za rednega profesorja.

Ob priliki zadnjega dunajskega kongresa nemške pedijatrične družbe se je na podbudo dr. Mayerhofer-ja — Zagreb **ustanovila mednarodna Pirquetova družba**. Namen društva je, da zedini vse bivše učence in prijatelje rajn. prof. Pirqueta ter vse one, ki znanstveno in praktično delujejo v smislu Pirquetovih nauk. Družba hoče vpeljati redna predavanja („Pirquet-Lecture“) o klinični, socijalni in eksperimentalni medicini. Prvo tako predavanje naj bi se obdržalo na Dunaju meseca maja 1934 ob priliki 60. rojstnega dneva prof. Pirquet-a.

Meseca novembra 1932 sta slavila dva odlična slovanska znanstvenika pomemben jubilej. **Prof. Antoni Julasz**, prof. kirurgije v Poznanju je obhajal 25 letnico svojega znanstvenega delovanja. Direktor II. češke interne klinike v Pragi **prof. Josef Pernár** pa je praznoval svojo 60. letnico. Iskreno čestitamo!

Na Dunaju so odkrili spomenik znanemu rentgenologu prof. Guidu Holzknechtu, ustanovitelju dunajske rentgenološke šole, ki je postala vodilna na celem svetu. Spomenik stoji v enem vrlov, ki obdajajo splošno bolnico na Dunaju.

V češkoslovaški republiki je prijavljenih 11.500 zdravnikov. Največ jih je na Češkem (5626), manje na Moravskem, kjer jih je skupaj s Šlezijo 2171.

Izredno redek jubilej praznujeta **dva zdravnika**, ki sta izpolnila letos **100 let**. Eden od njiju, dr. A. Gueniot, predsednik medicinske akademije v Parizu, je še letos imel predavanja. Drugi je med. svetnik J. Cortani v Terzo d'Aquileia (Italija).

Na Angleškem je znašalo število porodov leta 1931. 15'8 na 1000 (na japonskem 32'16), splošna umrljivost 12'3, umrljivost dojenčkov 66. Od 1000 smrtnih slučajev je prišlo 225 na bolezi krvi, 130 na bolezi dihal, 121 na raka (I), 73 na tuberkulozo. Število samomorov je naraslo na 5051.

Tudi **na Japonskem** je položaj zdravnikov postal naravnost obupen. Po poročilih ameriškega medicinskega lista precejšnji del japonskih zdravnikov naravnost strda tako, da se je začela baviti skupščina z raznimi načrti za zboljšanje neznosnega položaja.

V Kopenhagen-u so otvorili novi bijološki inštitut, ki je določen v prvi vrsti za raziskavanje raka. Vodja tega zavoda je Albert Fischer.

Med številnimi jubileji, ki jih moramo zaznamovati letos, je tudi **100letnica protialkoholnega gibanja**. Meseca septembra 1832 je namreč sedem meščanov angleškega industrijskega kraja Preston sklenilo, da ne bodo uživali nikakih alkoholnih pijač več. Duhovni oče tega gibanja je bil neki Livesey.

Umrli so: v Parizu znani urolog prof. Jos. Babinsky, po katerem se imenuje vsem dobro znani patološki refleks; v Bologni v starosti 91 let italijanski klinični prof. Avg. Murri; v Berlinu pa kirurg prof. Holländer, znan po svojih medicinskih in umetnozgodovinskih razpravah, v Hamburgu prof. Much.

Umrli so: Znani pediater in ravnatelj otroške klinike v Düsseldorfu prof. A. Schlossmann. V Berlinu internist in fiziolog prof. Klemperer. V Leipzigu prof. kemije Ostwald, ki je bil kot ustanovitelj fizikalne kemije nagrajen z Noblovo nagrado. V Berlinu prof. higijene Max Rubner, znan po svojih delih na polju prebave in metabolizma. V Warszavi I. Backiewicz, predsednik glavne poljske zdravniške zbornice. V Santiagu prof. Rudolf Kraus, mikrobiolog in serolog. V Innsbrucku prof. Haberlandt, ki ima posebne zasluge za študij delovanja srca. V Parizu Charles Abadie, nestor francoskih okulistov. Istola-m znani kirurg Lejars.

Po odhodu prim. dr. M. Černiča izpraznjeno mesto šefa kirur. oddelka mariborske bolnice je bilo podeljeno **dr. A. Lavrič-u.**

Kursbüro d. Wiener mediz. Fakultät — Wien IX Porcellangasse nas obvesti, da se bo od 13. do 26. februarja t. l. vršil mednarodni nadaljevalni tečaj: „Bolezni srca in pljuč“. Isti naslov pošilja interesentom brezplačno natančni program tečajev na dunajski univerzi.

IZ UREDNIŠTVA

Prispevke so poslali

dr. Drag. Demšar, Kranj 30— dr. A. Dolhar, Trbiž 50— dr. R. Sfiligof, Ljubljana 50— **Hvala.**

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

Prihodnja številka „Zdravniškega Vestnika“ izide koncem februarja.

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

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

POZIV.

V smislu točke 4. razpisa nagrade docenta dr. Malka za znanstveno medicinsko delo v l. 1932/33 se pozivajo vsi reflektantni, da do 25. II. 1933 predložijo Slov. zdravniškemu društvu v Ljubljani svoja tozadevna dela.

Slov. zdravn. društvo v Ljubljani.

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

Artin - Dragées

Dr. Wandera, idealno in blago sredstvo za odvajanje.

Deluje absolutno sigurno, brez neugodnega in škodljivega učinka.
Navada na Artin-dražeje izključena.

Vsaka dražeja vsebuje: Aloin 0,016 gr.
Phenolphthalein 0.032 "
Extr. belladonnae 0.0025 "
Extr. nucis vomicae 0.0041 "
Pulv. ipecac. 0.004 "

Doziranje: pred spanjem jemljejo odrasli 1—3 dražeje, otroci
nad 10 let 1—2 dražeje

Cena za občinstvo: škatljica iz aluminija z 12 dražej Din 8.—

Vzorce in literaturo pošilja:

Dr. A. Wander d. d. Zagreb.

JUGOSLOVENSKO SIEMENS D. D.

LJUBLJANA, Tyrševa cesta I b/III

oddelek za šibki tok

Moderno lečenje, svetlobna terapija, ultravijoličasi žarki, živo
srebrne kremenske svetiljke prof. dr. Bacha original Hanau, diater-
mijski aparati za enostavno diatermijo in kirurgikno diatermijo in
najmodernejši Röntgen — aparati po Tulo — izvedbi.

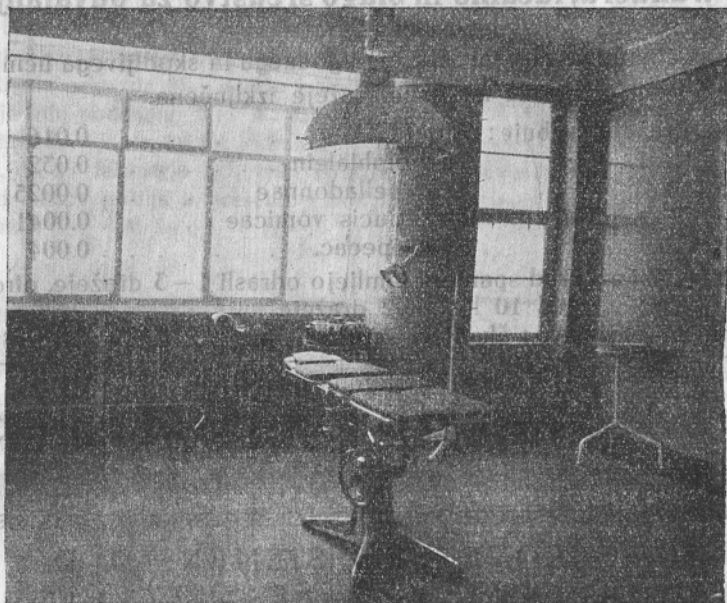
ZAHTEVAJTE PONUDBE, OZIROMA OBISK SPECIALISTA.

Gospodje tovariši!

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

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

3 oskrbni razredi.

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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

SANABO - CHINOIN

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

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

HOGIVAL

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

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

Pod stalnim biološkim nadzorstvom prof. dr. **Roberta Mayer-ja**, Berlin

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

Vzorci in literatura na zahtevo.

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

Gospod kolega!

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

Kdo nam bo pomagal, če si sami ne pomagamo?

Zato javite takoj svoj pristop in naslov

Dr. E. DEREANI

LJUBLJANA, KONGRESNI TRG ŠT. 14.

in priložite krstni, odn. poročni list.