



STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

KEMIKA D.D. — ZAGREB

si dovoli priporočiti gg. zdravnikom svoje preizkušane domače preparate predvsem sledeče:

MAGNOCARBON

Tablete z vsebino 0,25 g Carbo animalis, 0,25 g Magnozona in 0,005 g Extract. Belladonnae. Deluje hitro in zanesljivo pri želodčnih in črevesnih motnjah, predvsem pri hiperaciditeti, meteorizmu, flatulenci, spazmih, obiliciji, colitis muco-membranacea in sl. Orig. škatlje s 50 tabl.

Doza: 3x 1—3 tabl.

TANNOCARBON

Tablete z 0,20 g Carbo animalis, 0,20 g Tannin. albumin. Deluje močno adstringirajoče ter je suvereno zdravilo pri diarejah, črevesnih katarjih, dizenteriji in sl. Škatlje s 50 tabl.

Doza: 3x 1—4 tabl. dnevno.

CARBOACID

Carbo animalis impregniran z 2% HCl. V prometu kot tablete in prah za recepturo. Odlično sredstvo za zdravljenje hiperaciditete in anaciditete ter njenih posledic, predvsem gastrogenih diarej in dispepsij.

Predpisujte dobre domače preparate!

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoj za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

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

ROGAŠKA SLATINA!

NOVAR

SEZONNO
LONG

BILLON

OSTANE ZA
ZDRAVLJENJE
SIFILIDE
NENADOMESTLJIV

INTRAVENOZNE
INJEKCIJE

Société Parisienne d'Expansion Chimique

SPECIA

Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon PARIS-8^e

VZORCE IN LITERATURO
POŠILJA NA ZAHTEVO:

**ENGEL & ADELA**

ZAGREB
DUKLJANINOVA 3



Cardiazol «Knoll»

sretstvo za krvni optok

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



KNOLL A.-G.
Ludwigshafen am Rhein

Tablete — Ampule — Liquidum

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

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

UREDNIŠTVO IN UPRAVA:
Dr. R. NEUBAUER, GOLNIK.
VESTNIK IZHAJA LETNO 10 KRAT
(MESECA JULIJA IN SEPTEMB.
NE IZHAJA). — NAROČNINA ZA
NEZDRAVNIKE DIN 90:— CELO-
LETNO, DIN 50:— POLLETNO;
ZA MEDICINCE DIN 50:— CE-
LOLETNO, DIN 25:— POLLETNO

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

STEVILKA 5.

MAJ

LETO X.

Dr. LJUDEVIT MERCUN, primarij

NOV NAČIN ODPRAVLJANJA TRAKULJ

Dandanes odpravljajo pri nas trakulje s sveže pripravljenim eteričnim ekstraktom iz praprotnih korenike (prava glistovnica, *Rhizoma filicis maris*). Ta korenika vsebuje gosto, temnozeleno olje, katerega učinkoviti sestavni deli so: filicin, flavaspidna kislina in filmaron. To so strupi, ki povzročajo pri sesalcih ohromenje živčnih centralnih organov, pri nevretenčarjih, kot je trakulja, pa ohromenje mišičevja. Čistih izvlečkov tega strupa človeško telo ne resorbira, temveč le njihove alkalne spojine. Take spojine nastajajo pa le pri slabem izločanju želodčne kisline (ahilija in subaciditas). Običajna doza za odraslega je 6—8 gr Extr. filic. mar. aether., maksimalna doza pa je 10 gr. Kuro delimo v takozvano predčasno kuro in pa pravo kuro. Kot predčasno kuro smatramo stradanje in čiščenje bolnika skozi dva do tri dni in pa tradicionalno slanikovo salato s čebulo na predvečer prave kure. Žjutraj dobi bolnik črno kavo in nato zdravilo. Ker je okus zdravila precej slab, damo bolniku, da si popravi okus, poprovo meto (*Pfefferminz*) ali pa limonado. Zaradi slabega okusa je bruhanje zelo pogosto, pri psihično labilnih ljudeh tudi zaradi ogabnosti. Da to preprečimo, lahko damo zdravilo tudi v gelatinoznih kapsulah po 0.5 extr. filic. mar. aether., ki se tope šele v črevesnem soku. Še učinkovitejše pa je, če dovajamo zdravilno sredstvo z duodenalno sondo. Povrh dodamo vedno sredstvu laxans. (N. pr. Extr. *filicis maris*. 6,—8.0, Extr. cort. pun. granat in infus. *Sennae* 50 po *Scheider*-ju).

Druge, pri nas manj udomačene metode odpravljanja trakulje so: dovajanje 20—30 gr Flores Koso v prašku na sladki vodi s primesjo kakega odvajalnega sredstva. Ta način odvajanja posebno uporabljajo v Abesiniji, kjer raste *Hagenia abessinica*. Uporabljajo posušene cvetove te vodne rastline, ki pa morajo biti vedno sveži, da učinkujejo.

Tudi rjav prašek *Kamala* v dozi 3 gr na medu rabijo otroški zdravniki. *Cortex Granati* uporabljajo le v svežem stanju. Ta trojna zdravila morajo biti kolikor toliko sveža, da morejo učinkovati. Toksičen učinek je enak zastrupljenju z extr. filic. mar. Veterinarji rabijo včasih tudi *Semen arecae*.

Zaradi svoje strupenosti imajo naštetá sredstva odpravljanja trakulje tudi kontraindikacije. Kot kontraindikacije teh kur smatra dr. E. Nathorff iz Berlina v zborniku *Deutsche Klinik* v referatu o tenijah te-le bolezni: „Vse akutne bolezni, haemoptoe, krvavitve iz želodca in črevesja, dekompenzirane srčne napake, nosečnost, otroška postelja, jetrne in ledvične bolezni.“ Pri naštetih boleznih je vedno nevarnost resorbcije

strupa. Tako zastrupljenje se nam kaže v težkih gastrointestinalnih pojavih, v dolgotrajnih nezavestih, tetaničnih krčih, ohromenju dihalnega centra, draženju ledvic, včasih tudi v popolni amavrozi zaradi atrofije očesnega živca.

S temi nevarnostmi je bilo združeno zdravljenje trakulje povsod in tudi pri nas. Zaradi strupenih svojstev filic. maris pa so že večkrat poskušali nadomestiti to zdravilo z drugim, ki bi bilo manj škodljivo človeškemu telesu. Eden teh poizkusov je zdravljenje z bučnimi jedrci. Pri tem načinu potrebujemo pa tako veliko množino bučnih jedrc (200 do 400 komadov), da jih bolnik le z muko zavžije. Zaradi tega se večkrat dogaja, da bolnik izbruha to veliko množino bučnih jedrc, posebno če ima slab želodec. Za zdravilno učinkovitost bučnih jederc sta pomembna tudi vrsta buč in kraj, kjer rastejo.

Mi smo večkrat poskušali, da bi zmanjšali toksičnost extr. filic. maris s tem, da bi zmanjšali količino. Ako smo pa zmanjšali količino pod 7 gr, nismo dosegli pravega učinka. Poskušali smo to in ono. Pri teh poizkusih smo nekoč slučajno potegnili trakuljo z duodenalno sondo. Trakuljo smo vsesali z njenim vratnim delom v glavico sonde. Da je bilo tako odpravljanje trakulje skozi usta precej dramatično, ni treba omenjati. Nam pa je bilo živ dokaz, da inserira trakulja s svojo glavico v duodenu. Kakor je bila odprava trakulje v tem primeru zgolj slučaj, tako mi je pomagal zopet slučaj (kar je v medicini pogostno), da sem odkril novo sredstvo zoper trakuljo. Pri neki bolnici nismo mogli uvesti duodenalne sonde zaradi izrednega pilorospazma. Da bi dosegli nevtralizacijo želodčne kisline, smo dali bolnici karlovarske sol v normalni raztopini 15 gr na 50 ccm vode. In glej! Bolnica je duodenalno sondo izbruhala, kljub temu pa je odšla trakulja čez $\frac{1}{4}$ ure brez drugega zdravila in sicer cela z glavico. Proglotide in glavica so se držale skupaj. Sledil sem ta slučaj in si dejal: „Ako je v gornjem primeru povzročila karlovarska sol odvajanje trakulje že tedaj, ko smo dali raztopino v želodec, bo učinkovala tem bolj, ako vbrizgam raztopino karlovarske soli v duodenum, torej na mesto, kjer po navadi inserira glavica trakulje.“ To smo tudi storili. Sledili so temu poskusu najprvo poskusi različne koncentracije karlovarske soli. Uporabljal sem vedno navadno arteficalno karlovarsko sol, ki smo jo imeli v bolnici na razpolago. Uporaba originalne karlovarske soli se ni izkazala učinkovitejša. Poleg različnih koncentracij raztopine smo tudi pazili vedno na njeno toploto. Začeli smo z normalno telesno temperaturo 37° C, stopnjevali jo do 40° C, in zniževali do 18° C. Kake posebne razlike v učinkovitosti zaradi toplote raztopine tudi nismo mogli ugotoviti. Nižje temperature od 15° C ali višje od 40° C si nismo upali dati, ker smo se bali, da bi premrzla ali prevroča raztopina oškodovala črevesno sluznico. S tem smo dokazali, da toplota ni odločilna pri našem načinu odpravljanja trakulje. V ameriški literaturi namreč beremo, da se jim je posrečilo odpraviti trakuljo edinole z vročo vodo 50—60° C. To vročo vodo so uvažali po duodenalni sondi v duodenum v količinah 3 do 4 litrov. Te poskuse so delali, ker so domnevali in vedeli, da trakulja ne more živeti v okolju, ki je bolj vroče kot 45° C.

Glede koncentracije smo poskušali prvič s tremi žlicami karlovarske soli na 100 gr vode (45 gr na 100). Ker smo se bali eventuelne poškodbe sluznice po premočni koncentraciji, smo dajali pozneje 30 gr karlovarske soli na 300 gr vode. Pri tem se je pokazalo, da zadostuje že 10% raztopina. Če smo dali prevelike množine raztopine, nam je tekla iz duodena nazaj v želodec. In tako se je zgodilo, da so bolniki polovico vbrizgane raz-

topine izbruhnili. Opazili smo pa tudi še drugo napako preveč razredčene raztopine. Odvajalni učinek je bil po navadi prešlab in zato smo morali dajati še druga odvajalna sredstva (n. pr. 2 žlici ricinovega olja ali pa karlovarski klistir). Po teh naših izkušnjah sem se odločil za sledečo raztopino: 80 gr karlovarske soli (Sal thermal. carolin. factit. cryst.) na 150 gr vode. Ta raztopina je bila vedno dovolj močna, tako za odvajanje trakulje, kakor tudi za splošno odvajanje. Le redkokdaj so tožili bolniki o slabostih ali pa so izbruhali del raztopine. Največje težave smo imeli z bolniki, ki so imeli povišano želodčno kislino in pylorospasmus. Zgodilo se nam je večkrat, da se nam je zavihala duodenalna sonda v želodcu in da smo jo le s težavo pod rentgensko kontrolo spravili v duodenum. To je edini predpogoj novega načina odpravljanja trakulje.

Kakšen je torej nov način odpravljanja trakulje?

Bolnika izstradamo prvi dan. To se pravi, damo mu kalorično šibko hrano na primer:

Zajtrk: temnobela malo sladkana kava, čaj z limono, event. dodatek 2 dkg prepečenca.

Dopoldne: kamilčni čaj ali sadni sokovi.

Kosilo: redko zakuhana goveja juha.

Južina: isto kot zajtrk.

Zvečer: redko zakuhana juha.

Gornja shema dijet ni predpogoj in se lahko poljubno menja. Poglavitna stvar pri dieti je, da je kalorično šibka in da nima težje prebavljivih snovi n. pr. mesa, sadja, sočivja. Poleg te dijetе dajemo bolniku prvi dan, in sicer 2 krat na dan odvajalna sredstva, da se črevo popolnoma izprazni. N. pr. 2 žlici ricinovega olja, spec. Sennae ali spec. lax. St. Germain. in druga.

Drugi dan zjutraj uvedemo duodenalno sondo. Tehniko duodenalne sonde predpostavljam kot znano. Omenil bi le, da je največje važnosti, da pride glavica sonde res dovolj globoko v duodenum, vsaj v višino Papila Vateri. Raztopina mora vplivati tam, kjer je po navadi vsesana glavica trakulje. Ta raztopina karlovarske soli je močno hipertonična. Zaradi tega povzroča takojšnje bruhanje, če pride v želodec. Prepričamo se, da smo res z duodenalno sondo v duodenu, lahko na tri načine:

1. da prideka iz sonde svetlorumen, včasih tudi temnozelen žolč, ki reagira alkalično;

2. da vbrizgamo skozi sondo 100 ccm zraka in potem aspiriramo. Če smo prišli z glavico sonde v duodenum, ne moremo potegniti zraka, iz želodca pa zmerom lahko;

3. da z rentgenskim pregledom ugotovimo stanje duodenalne sonde.

Če smo se torej prepričali, da smo sigurno v duodenu, vbrizgamo počasi raztopino: Sal therm. Carolin. factit. cryst. 80,00 Aquae dest. 150,00 Ta raztopina naj ima toplino človeškega telesa, torej ca 37° C. Vbrizgamo jo počasi (1 do 2 minuti). Na koncu še dodamo 50 — 100 ccm zraka in polagoma in obzirno odstranimo sondo. Bolnika položimo tako, da leži vznak. Prigovarjamo mu, naj bo miren. Tik po odstranitvi sonde toži včasih o slabosti in zavijanju po trebuhu. Včasih tožijo bolniki, da se jim dviga iz želodca. Redkokdaj so nam bolniki nekoliko povračali, to posebno tedaj, ako je prišlo do regurgitacije duodenalne vsebine v želodec ali pa če smo z nerodno odstranitvijo sonde izzvali dviganje.

10 — 20 minut po vbrizganju tekočine v duodenum odhaja po navadi trakulja z glavico, povezana v enoto. Mučno in neprijetno iskanje glavice je odveč. Pri tenijah, ki so bile že dolgo časa v telesu, ni vedno hitrega

učinka. Takim bolnikom, ki v teku ene ure ne izločijo trakulje, damo potem 2 veliki žlici ricinovega olja v nesladkani črni, vroči kavi. Kdor pa tega ne bi prenesel, ker mu je okus olja odvraten, dobi karlovarski čistilni klistir.

V primeru neuspeha zaradi eventualnih tehničnih napak, lahko ponovimo odpravljanje trakulje že drugi dan. Ker je pri takem ponovnem poizkusu po navadi želodec zaradi mehaničnih, oziroma kemičnih traum razdražen in je njegova sekrecija velika, dodamo za odnehanje piloričnega spazma nekoliko jedilne sode, ali pa vbrizgamo papaverina (0.08).

Tu navajam naše uspehe v odpravljanju trakulje na internem oddelku obč. drž. bolnice v Ljubljani v letih 1933 — 1938:

Št. popisa bolezni	Spol	Starost	UPORABLJENA RAZTOPINA	Toplota tekočine	Vrsta trakulje	Odvod glavice	Odvod proglolid	Uspeh	Opomba (čas iztrebljenja)
Leto 1933									
570	ž	22	ekstr. filic. mar.	—	solum	neg.	poz.	delen	bruhala nad 1/2 ure
866	ž	29	karlovarska per os	20	solum	poz.	poz.	popolen	4 trakulje
1181	m	19	ekstr. filic. mar.	—	solum	neg.	poz.	delen	
1340	ž	23	ekstr. filic. mar.	—	solum	poz.	poz.	popolen	
1696	m	38	karlovarska 45/100	37	saginata	poz.	poz.	popolen	2 trakulji
2149	m	28	ekstr. filic. mar.	—	solum	poz.	poz.	popolen	
2166	ž	54	ekstr. filic. mar.	—	solum	neg.	poz.	delen	
2634	ž	30	ekstr. filic. mar.	—	saginata	poz.	poz.	popolen	
2664	m	37	ekstr. filic. mar.	—	solum	poz.	poz.	popolen	
2975	ž	33	ekstr. filic. mar.	—	solum	poz.	poz.	popolen	
3097	ž	54	karlovarska 45/100	20	solum	poz.	poz.	popolen	
3214	m	30	karlovarska 30/300	20	solum	poz.	poz.	popolen	2 trakulji
3163	ž	54	karlovarska 30/100	20	solum	poz.	poz.	popolen	1/2 ure
3243	m	29	karlovarska 30/100	18	solum	poz.	poz.	popolen	3/4 ure
3449	m	23	karlovarska 45/300	18	solum	poz.	poz.	popolen	1/4 ure
3488	ž	9	karlovarska 45/300	37	solum	poz.	poz.	delen	
3568	ž	24	natrii chlor. 30/300	18	saginata	poz.	poz.	popolen	macerirana trakulja, bolečine v trebuhu nekaj dni
3951	m	37	karlovarska 45/100	37	solum	poz.	poz.	popolen	1 uro
3527	m	24	karlovarska 45/100	37	saginata	poz.	poz.	popolen	1 uro
4014	ž	26	karlovarska 15/300	37	solum	poz.	poz.	popolen	1 uro
4021	m	38	karlovarska 60/300	37	solum	poz.	poz.	popolen	2 trakulji

Leto 1934

67	m	28	karlovarska 100/300	37	solum	poz.	poz.	popolen	15 min.
76	ž	15	karlovarska 80/300	25	solum	poz.	poz.	popolen	15 min.
89	ž	9	karlovarska 80/300	25	saginata	poz.	poz.	popolen	20 min.
171	ž	29	karlovarska 80/300	25	solum	neg.	poz.	delen	20 min.
									(zataknila)
212	m	25	karlovarska 100/300	25	solum	poz.	poz.	popolen	15 min.
241	m	40	karlovarska 100/300	25	solum	neg.	poz.	delen	20 min.
376	ž	44	karlovarska 100/300	ml.	solum	neg.	poz.	delen	1 uro
									2× sondo

PROTI REVM

V SKLEPIH IN MIŠIČEVJU / IŠIASU
KRČEM / ZBADANJU / TRGANJU V
UDIH / BOLEČINAM V HRBTU IN
KRIŽU / PROTI TRGANJU V GLA-
VI / GLAVOBOLU / NABREK-
LOSTI IN OTRPELOSTI MIŠIC
PROTI VNETHU OZEBLIN /
VNETHU PLJUČNE MRENE
PREHLADU / BRONHI-
ALNEMU KATARJU
IN SPOH PROTI
VSEM BOLEZNIMI
NA REVMATIČNI
PODLACI



RHEUMATOL

po receptu

DR. MED. A. DANIELI-DANEV

IN UGOTOVILI BOSTE
NEVERJETNE USPEHE.

Steklenice
po 40 in 90 ccm

Sestavine:

Oleum Juniperi bacc. • Rosmarini
Melissae • Thymi • Camphorae
Eucalypti • Pinii silv. • Olivarum

Vzorci in literatura brezplačno!

PHARMACEVTIKA

D. Z. O. Z.

LJUBLJANA

ROBOR

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

SKALIN

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

R E A L PILULE

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

CAMPHOSOL INJEKCIJE

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

CAMPHOSOL DRAŽE

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

CAMPHOSOL-CHININ INJEKCIJE

Camphosol 0.20 in Chinin 0.20 vodena raztopina v 2 ccm.

CAMPHOSOL-CHININ DRAŽE

Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

HIDROGEN TABLETE

Hydrogenium hyperoxidatum v močnem stanju vsebuje 35% H_2O_2 . Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet a 1 gr.

KEMIJSKO-FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, SARAJEVSKA ULICA BROJ 84.

Št. popisa bolezni	Spol	Starost	UPORABLJENA RAZTOPINA	Toplota tekočine	Vrsta trakulje	Odvod glavice	Odvod progloid	Uspeh	Opomba (čas iztreb- ljenja)
263	ž	24	karlovarska 100/300	ml.	solium	neg.	poz.	delen	1 uro tehnična napaka
872	ž	28	karlovarska 100/300	ml.	solium	poz.	poz.	popolen	
887	m	33	karlovarska 80/150	20	solium	poz.	poz.	popolen	10 min.
993	m	49	karlovarska 130/150	20	solium	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{4}$ ure macerir.
1163	m	26	karlovarska 80/150	20	solium	neg.	poz.	delen	tehnična napaka
1184	ž	27	karlovarska 80/150	20	solium	poz.	poz.	popolen	
1194	ž	29	karlovarska 80/150	22	solium	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{2}$ ure
1343	ž	22	karlovarska 80/150	22	solium	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{4}$ ure
1583	m	19	karlovarska 80/150	22	solium	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{4}$ ure
1813	ž	20	karlovarska 60/150	22	saginata	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{4}$ ure
1842	ž	34	karlovarska 80/150	22	saginata	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{2}$ ure
1995	ž	26	karlovarska 40/200	40	saginata	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{2}$ ure
2201	m	44	karlovarska 80/100	22	saginata	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{4}$ ure
2588	ž	32	karlovarska 80/200	22	solium	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{4}$ ure Nephritis sub. gravi- ditas II.
2618	m	20	karlovarska 80/100	22	solium	poz.	poz.	popolen	$\frac{3}{4}$ ure
2207	m	30	karlovarska 80/200	22	solium	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{4}$ ure
2271	m	24	karlovarska 80/200	36	saginata	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{4}$ ure
3809	ž	34	karlovarska 80/150	22	solium	poz.	poz.	popolen	$\frac{3}{4}$ ure
3881	ž	22	karlovarska 80/150	22	solium	neg.	poz.	delen	tehnična ovira

Leto 1935

157	m	55	karlovarska 80/150	22	solium	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{6}$ ure
878	m	32	karlovarska 80/150	37	solium	neg.	poz.	delen	tehnična ovira
203	m	54	karlovarska 80/150	37	saginata	poz.	poz.	popolen	Nephritis chron.
206	ž	30	karlovarska 80/150	36	saginata	neg.	poz.	delen	
328	ž	78	karlovarska 80/150	36	solium	poz.	poz.	popolen	10 min.
687	m	39	karlovarska 80/150	37	solium	neg.	poz.	delen	
703	ž	49	karlovarska 80/150	37	solium	poz.	poz.	popolen	
861	m	25	karlovarska 80/150	25	solium	neg.	poz.	delen	
1542	m	50	karlovarska 80/150	37	saginata	poz.	poz.	popolen	10 min.
1618	m	60	karlovarska 80/150	37	solium	poz.	poz.	popolen	1 uro
1894	m	30	karlovarska 80/150	37	saginata	poz.	poz.	popolen	20 min.
2474	ž	78	karlovarska 80/150	37	solium	neg.	poz.	delen	Lues
2609	m	52	karlovarska 80/150	37	solium	poz.	poz.	popolen	Lues
2687	ž	69	karlovarska 80/150	37	solium	neg.	poz.	delen	tehnična napaka bruha
2910	m	34	karlovarska 80/150	—	solium	poz.	poz.	popolen	
2992	m	28	karlovarska 80/150	—	solium	poz.	poz.	popolen	
3063	ž	58	karlovarska 80/150	—	solium	poz.	poz.	popolen	
3431	m	28	ekstr. filic. mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3514	m	27	ekstr. filic. mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3568	m	30	ekstr. filic. mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3707	ž	34	ekstr. filic. mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
3734	m	37	ekstr. filic. mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	

Št. popisa bolezni	Spol	Starost	UPORABLJENA RAZTOPINA			Toplota tekotčine	Vrsta trakulje	Odvod glavice	Odvod progoltid	Uspeh	Opomba (čas iztreb- ljenja)
3758	ž	29	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
3822	m	46	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
4027	m	37	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
4057	ž	30	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
4426	ž	35	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
4459	ž	62	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	

Leto 1936

42	m	30	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
246	m	26	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
263	ž	21	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
302	ž	31	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
556	m	29	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
1114	m	18	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
1178	m	27	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
1207	m	24	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
1219	ž	45	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
1231	m	26	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
1698	m	30	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
1690	m	32	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
1805	m	26	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	2 trupa tenije
1833	m	50	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
2070	m	18	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	neg.	poz.	delen	2 trupa tenije
2076	m	43	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	neg.	poz.	delen	
2112	ž	25	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
2158	m	37	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	neg.	poz.	delen	
2169	m	34	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	neg.	poz.	delen	
2170	m	47	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	poz.	poz.	popolen	
2444	ž	35	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	poz.	poz.	popolen	
2524	m	29	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	poz.	poz.	popolen	3 trakulje
2623	m	25	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	neg.	poz.	delen	
2652	ž	41	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
2657	ž	41	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3162	ž	42	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3246	m	21	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3254	ž	21	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3350	ž		ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	poz.	poz.	popolen	
3404	m	9	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3433	ž	27	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3725	ž	31	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	poz.	poz.	popolen	
3737	ž	40	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	poz.	poz.	popolen	

Leto 1937

299	m	51	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	neg.	poz.	delen	
808	ž	33	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
897	m	30	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
898	ž	31	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	neg.	poz.	delen	2 trupa tenije
1921	ž	30	ekstr.	filic.	mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
1947	ž	26	ekstr.	filic.	mar.	—	saginata	poz.	poz.	popolen	

Št. popisa bolnični	Spol	Starost	UPORABLJENA RAZTOPINA	Toplota tekočine	Vrsta trakulje	Odvod glavice	Odvod proglolid	Uspeh	Opomba (čas iztreb- ljenja)
2259	m	48	ekstr. filic. mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
2679	ž	30	ekstr. filic. mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
2873	m	15	ekstr. filic. mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3114	ž	47	ekstr. filic. mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
3245	m	19	ekstr. filic. mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
3457	ž	35	ekstr. filic. mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
3533	ž	29	ekstr. filic. mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
3597	m	27	ekstr. filic. mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
4134	m	36	ekstr. filic. mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	

Leto 1938

35	m	31	karlovarska 80/150	37	solium	poz.	poz.	popolen	
146	ž	20	ekstr. filic. mar.	—	solium	neg.	neg.	negativ.	
170	ž	30	ekstr. filic. mar.	—	solium	poz.	poz.	popolen	
289	ž	26	ekstr. filic. mar.	—	solium	neg.	poz.	delen	
380	ž	37	karlovarska	37	solium	poz.	poz.	popolen	
445	m	25	karlovarska	37	solium	neg.	poz.	delen	
453	ž	25	karlovarska	37	solium	poz.	poz.	popolen	$\frac{1}{2}$ ure
556	m	31	karlovarska	37	solium	poz.	poz.	popolen	1 uro
582	m	28	karlovarska	37	saginata	poz.	poz.	popolen	40 m dolga
613	m	33	karlovarska 80/150	37	solium	neg.	poz.	delen	tehnična
703	m	18	karlovarska 80/150	37	saginata	poz.	poz.	popolen	napaka
822	m	17	karlovarska 80/150	37	solium	poz.	poz.	popolen	1 uro
989	m	35	karlovarska 80/150	37	solium	neg.	poz.	delen	insuff.
1336	ž	17	karlovarska 80/150	37	solium	poz.	poz.	popolen	aortae
1398	ž	40	karlovarska 80/150	37	solium	poz.	poz.	popolen	1 uro
									tehnična
									napaka
									$\frac{1}{2}$ ure
									1 uro

Iz gornje tabele je razvidno, da smo začeli z novo metodo v začetku leta 1933 ter jo uporabljali pri vseh primerih trakulje v letih 1934 do septembra 1935. Od septembra 1935 do februarja 1938 pa nisem mogel vršiti kliničnega dela. Zaradi tega so uporabljali v tem času na oddelku izključno ekstr. filic. mar. Ker nisem imel dovoljne kontrole nad delom, tudi nisem hotel forsirati svoje metode, da ne bi zaradi event. tehničnih napak zgubila ugleda. Leta 1938., februarja meseca sem zopet prevzel klinično delo. In takoj sem spet uvedel svojo klinično metodo za odpravljanje trakulje. Od leta 1933 do danes sem odpravil trakuljo s karlovarsko soljo, seveda transduodenalno, v 69 primerih. Polnih uspehov je bilo 52, to se pravi odšla je ena ali več trakulj vedno z glavico. Delni uspeh smo imeli v 15 primerih. Izločil se je trup trakulje, toda brez glavice. Omeniti moram tudi en primer popolnega neuspeha, ki si ga pa nisem znal tolmačiti. Verjetno je, da ga je zakrivila tehnična napaka.

Kot pri tem primeru so tudi pri delnih uspehih bile krive tehnične napake: nepravilna koncentracija raztopine, prezgodnje bruhanje bolnika, ker ni dobil raztopine pravilno v duodenum. Vse te bolnike, pri katerih nismo našli glavice, smo stalno opozarjali, naj sporoče takoj,

če bi se trakulja ponovila. Do danes se ni javil nihče. Kolikor sem bolnike poznal, ozir. kolikor so se vračali na oddelek zaradi drugih bolezni, sem vedno spraševal o eventualni recidivi trakulje. Tako moram reči, da je tudi pri gornjih delnih neuspehih bil prav za prav popoln uspeh, samo da nismo našli glavice.

Tako smo imeli torej skoraj v 100% popoln uspeh. To število je izredno veliko, posebno še radi tega, ker so všteti v tem številu tudi vsi tisti primeri, pri katerih smo šele iskali pravo raztopino. Gornjim primerom lahko še prištejemo 4 bolnike v Šlajmerjevem domu in 5 bolnikov v Leonišču, pri katerih sem odpravil trakulje po svoji metodi s polnim uspehom brez posebnih težav.

Poglejmo si sedaj primere, ki so jih zdravili z extr. filic. mar. Teh primerov je prav toliko, torej 70. Popoln uspeh (trakulja in glavica) so dosegli samo v 30 primerih. Trup trakulje brez glavice so odstranili v 39 primerih. V 1 primeru je bil popoln uspeh. Pri bolnikih, pri katerih so odpravljali trakuljo z extr. filic. mar. je bil popoln uspeh dosežen le v 40%, torej za polovico manj kot pri novi metodi. Da je delnih uspehov pri gornji metodi tako mnogo, ca 60%, je razumljivo, če pomislimo, da se pri tej metodi z extr. filic. mar. trakulja izloča samo v raztrganih kosih. Iskanje glavice, ki ni večja od buckine glavice, je med kopo služi zelo mučno in dolgotrajno. Prepričan sem, da je tudi pri teh primerih, kakor se je to zgodilo pri delnih uspehih moje nove metode, odšla glavica vsaj v večini primerov, dasi se ni našla. Vendar potare zdravnika in bolnika dejstvo, da se pri odpravi trakulje ni našla glavica. Kajti le najdba glavice je dokaz, da je bila kura uspešna.

Pri naših poskusih smo rabili vedno karlovarsko sol v kristaliziranem stanju (Sal. thermal Carolin fact. crystal). Ta sol ima po jugoslovanski farmakopeji sledečo sestavo:

Natrii sulfurici	125.0
Natrii chlorati	25.0
Aquae fervidae	300.0

Pri tej karlovarski soli je glavni činitelj Natr. sulfuricum. Celo farmakopeja smatra kristalizirano karlovarsko sol kot nečisto zmes Natr. sulfurici. Vpliv te raztopine, ki je v svoji koncentraciji nihala med 12q do 50q, si razlagam kot vpliv hipertonične raztopine, ki povzroča, da iz sosednjega tkiva difundira voda. Tako nabrekne sluznica v duodenu in se zrahlja mesto, kjer inserira trakulja. Vpliv raztopine same na trakuljo mora biti silen, saj sprejema trakulja hrano samo po osmozi. Vemo namreč, da trakulja nima enteralnega sistema. Nič ni bolj naravnega, kot da mora taka hipertonična raztopina osmotski vplivati na trakuljo na ta način, da jo ohromi v njenih funkcijah. Nadalnji vpliv karlovarske soli se pokaže v tem, da vpliva raztopina kot salinično odvajalno sredstvo in na ta način odpravi ohromelo trakuljo. Tako močna raztopina karlovarske soli ne učinkuje posebno nevarno na človeško sluznico zato, ker je v telesu vedno toliko tekočine, zlasti pa v črevesnem delu, da takoj razredči prejedko raztopino. Vse soli, ki vplivajo kot salinično odvajalno sredstvo, lahko zavžijemo tudi v suhem stanju, ne da bi nam škodovale. Močna koncentracija take soli pa povzroča v želodcu močno salivacijo in s tem zdraži želodec k bruhanju.

Prednost moje nove metode je v glavnem, da je učinkovito sredstvo,

ki ga uporabljamo za odpravo trakulje, popolnoma nestrupeno. Zaradi tega za kuro ni nobenih kontraindikacij. Odpravljanje z novo metodo se lahko uporablja pri vsakem bolniku. Ako imamo eventualno neuspeh, lahko odpravo ponovimo takoj drugi dan. Predhodno stradanje in čiščenje bolnika je skraćeno samo na en dan. Odvajanje trakulje nastopa v zelo hitrem času, skoraj bi rekel eksplozivno. Glavica trakulje se drži navadno trupa. Nehigijen. lov za glavico odpade. Slabosti, ki jih bolnik večasih čuti po instalaciji karlovarske soli v duodenum, so neprimerno manjše kot pri dovajanju praprotnega korena. Neprijetno postaja bruhanje le tedaj, ako se sonda zavije v želodec in vbrizgamo tekočino v želodec.

Tudi v ekonomičnem oziru je moja nova metoda skoraj za 8 dinarjev cenejša kot metoda z extr. filic. mar. Po naši farmakopeji stane filmski ekstrakt 10 gr din 9.—, naša solucija pa le 1 dinar, če bi potreboval 100 gr karlovarske soli. Edina neprijetnost pri novi metodi je le-ta, da moramo uporabljati duodenalno sondo, neprijetnost, ki je žal ne moremo odpraviti. Zaradi te neprijetnosti bomo mojo metodo vedno lahko rabili le v zavodu. V tem pa ne vidim nobene napake metode, ker po mojem mnenju spada vsaka odprava trakulje pod strogo zdravniško kontrolo. Prav posebno še tedaj, če uporabljamo za odpravljanje extr. filic. mar. Kontrola je tudi zato potrebna, da vemo, ali smo trakuljo odpravili z glavico ali brez nje.

Kake škode, ki bi kazala na duodenalni ali črevesni katar ali pa na kako drugo okvaro v telesu, pri svoji metodi nikdar nisem opazil. Karlovarska sol je popolnoma nestrupeno sredstvo. Znakov zastrupljenja s karlovarsko soljo ne poznamo. Tudi ne moremo karlovarske soli previsoko dozirati, saj jo lahko uživamo končno tudi suho, čeprav je v tem stanju precej neprijetnega okusa. Priporočal bi pa, da se v splošnem vedno držimo preizkušene koncentracije, kakor sem jo navedel. Opozoril bi tudi še ponorno, da strogo pazimo, da leži sonda res intraduodenalno.

Svoje poskuse s karlovarsko soljo sem vršil le na dveh vrstah tenije (to je taenia solium in taenia saginata). Preizkusiti bi bilo treba mojo metodo s karlovarsko soljo tudi pri drugih vrstah tenije, ki jih nimamo pri nas (n. pr. Dibotriocephalus itd.). Za take poskuse bom vsakemu hvaležen.

Če pomislimo, da je prehrana s surovim mesom ozir. s surovimi mesnimi izdelki v stalnem porastu tako, da bodo v bodoče človeške trakulje pri nas in drugod vedno številnejše, potem moramo pozdraviti to metodo za odpravljanje trakulje zaradi njene nestrupenosti, kajti s tem odpadejo popolna oslepelost in druge toksične škode, ki vise kot Damoklejev meč nad bolniki pri zdravljenju z extr. filic. mar. in z večino drugih doslej veljavnih sredstev.

LITERATURA

Dr. E. Nathorff, Berlin, Bandwürmer
Neue deutsche Klinik B. II.
Pharmacopea jugoslavica 1933

ZUSAMMENFASSUNG

Mit einem Bericht über die neuzeitliche Therapie der Entfernung der Bandwürmer beim Menschen verweist der Verfasser auf die toxische Schädlichkeit der heute meist verwendeten Bandwurmmittel (Amaurose, Opticus-atrophie, haemolitischer Icterus, Nierenreizung etc.). Auf der Suche nach einem nichttoxischen Bandwurmmittel stiess A. zufällig auf ein indifferentes Mittel, das die Lähmung

und Austreibung des Bandwurms gleichzeitig bewirkt. Die Methode ist höchst einfach und ungefährlich. Nach einem üblichen Hungertag, wobei der Darm entleert wird, folgt die Instillation der Lösung bei Körpertemperatur durch die Duodenalsonde tief ins Duodenum. Instillation in den Magen oder Rückfluss in diese bewirkt Erbrechen. Die Lösung besteht aus 80 gr Sal. therm. Karolin. factit. crystal. auf 150 ccm aqu. dest. Die Ausstossung des Bandwurms erfolgt gewöhnlich $\frac{1}{4}$ —1 Stunde nach der Instillation. Bei Versager: Ol. Ricinus per os oder ein hoher Einlauf, Vorteile der Methode: Unschädlichkeit, Ungiftigkeit, prompte Wirkung mit Austreibung des Wurms im Ganzen, so dass die peinliche Suche nach dem Kopf erleichtert wird; sofort mögliche Wiederholung der Kur, keine Kontraindikation. Bei ca 69 mit dieser Methode im allgemeinen Krankenhaus Ljubljana behandelten Fällen war die Kur in 52 Fällen gelungen (ca 80%) in 14 Fällen Abgang ohne Kopf, ein Versager, der auf technische Fehler zurückzuführen ist. (Aufrollung der Sonde im Magen, Instillation in den Magen, Brechreiz).

Kein objektiver Schaden im Sinne einer Duodenitis oder Enterocolitis, die subjektiven Beschwerden sind geringer als bei jeder anderen Abtreibung. Da hier zu Lande nur *Taenia solium* und *saginata* zu finden sind, so hat der Verfasser seine Erfahrungen nur bei diesen Arten von Bandwurm sammeln können, ist aber überzeugt, dass die Methode auch bei anderen Arten von Taenien mit Erfolg verwendet werden kann.

Die Wirkung erfolgt nach Ansicht des Verfassers durch Auflockern des Haft-sitzes des Bandwurms im Duodenum, gleichzeitige Lähmung des Bandwurms infolge der Resorption der Lösung und nachfolgende salinische Abführkur.

Dr. PERSIĆ IVAN, asistent inozemec

TESTIKULARNA TORZIJA¹

Testikularno torzijo je odkril l. 1840. Delasiauve. Operiral je inkarcerirano kilo. Pri operaciji ni našel inkarceracije, temveč novo bolezen, povzročeno po mehaničnih motnjah cirkulacije krvi. Po uveljavljanju antiseptične in aseptične dobe stalno narašča v raznih časopisih število objavljenih primerov te bolezni. Šestdeset let po objavi prvega primera po Delasiauve-ju je izdal Lapointe prvo monografijo te bolezni. Zbral je vse do tedaj znane primere in jih objavil. Poslej se je poznavanje testikularne torzije pospešilo. Velika večina primerov do tedaj ni bila diagnosticirana, kar je bilo vzrok, da se je smatralo testikularno torzijo za redko bolezen, čeprav so bili primeri mnogo pogostejši, kot se je splošno mislilo.

Med številom obolelih je bilo mnogo otrok in vendar ni nihče v medicinski literaturi omenjal, da ta bolezen napada predvsem otroke. Tudi ni nihče omenjal dojenčkov, za katere se je šele pozneje ugotovilo, da jih ta bolezen lahko napade. Mnogo češče se je diagnosticiralo pri otroku vnetje testikla, nepoznane etiologije. Končni stadij teh vnetij je bila atrophia simplex ali pa absces benignega značaja. Že Broca je zapisal, da smatra, da je orchitis primitiva infantum povzročena po bacilu tuberkuloze, samo zato, ker drugo ne more biti. Leta 1913 je Ombrédanne razrešil vprašanje tega problema v članku, ki je temelj vsem poznejšim razpravam o testikularni torziji otroka. Iz njegovega odkritja je razvidno, da orchitis primitiva acuta infantum ni bolezen zase; je to prej kliničen sindrom, takojšnje operativno zdravljenje. Ni važno, da postavimo točno diagnozo obolenja, ki ga ta sindrom zakriva. Važnejše je vedeti, da se

¹ Članek je bil napisan v francoščini kot disertacija za dosego naslova assistant étranger.

skriva za otroško orhitido bolezen, ki zahteva takojšnjo kirurško intervencijo, pa naj si bo to torzija semenskega povesma (funiculus spermaticus) ali torzija Morgani-jeve hidatide ali reaktivno vnetje sestavnih delov mošnje (skrotuma) in njegove vsebine.

Dela Mouchet-a so dokazala obstoj, klinično in patološko sliko bolezni, ki je sorodna testikularni torziji: volvulus Morgani-jeve hidatide. Fèvre je v svoji knjigi „Chirurgie infantile d'urgence“ v odstavku „orchitis primitiva acuta“ podal pregled vseh akutnih najčešćih bolezni, ki jih je nemogoće medsebojno razlikovati drugo od druge in ki zahtevajo nujno kirurško intervencijo. V svoji razpravi imam namen obravnavati testikularno torzijo in njene različne oblike; bolezni, ki so samo podobne testikularni torziji, ne mislim vzeti v okvir te razprave.

Po množini tkiva, ki je zažeto v torkvirani masi, razlikujemo od nekdanj dveh oblik testikularne torzije. Ves testis z vsemi svojimi ovojnicami je zavrt okrog svoje longitudinalne osi: to je ekstravaginalna torzija (bistournage), redka pri descendiranih testisih. Ali pa se zaokrene samo testis v vaginalni tuniki, dočim ostanejo ovojnice nedotaknjene: to je intravaginalna torzija ali volvulus testisa. Za prvo obliko je pogoj, da je tunica vaginalis propria prosto gibljiva v skrotumu, ker le na ta način lahko sledi torzijo povzroćujoćemu gibanju semenskega povesma; kot vzorec navajam primer Legueu. Testis je bil prost brez perifernih adherenc. Sebileau je zanikal to možnost. Malo število opazovanih totalnih torzij pojasnjuje in opravićuje njegovo stališće. Chevassu je našel samo tri primere bistournage med 78 publiciranimi primeri torzije, vse tri na ektopičnih testiklih. Tem trem je dodal en primer, ki ga je sam opazoval na descendiranem testisu. Dva primera intra- in ekstravaginalne torzije ob istem času, opazovana po Boufatti-ju in po Mouchet-u, sta edinstvena v literaturi.

Nasprotno je volvulus testisa v vsej svoji simptomatologiji, patologiji in patogenezi toćno prestudiran. Poslednji, ki je zbral vse primere, dosedaj objavljene v časopisih širom sveta, je bil Alipow. Ta ceni njih število na 300. In vendar kirurgi še do sedaj niso enotnega mnenja v nekaterih toćkah. Predvsem se ne ujemajo v tem, koliko časa po zaćetku torzije se lahko z uspehom detorkvira in ohrani organ. Zdi se, da mehanizem lezije same še ni dobro razjasnjen. V svoji razpravi nameravam opozoriti na novo, do sedaj še nepoznano obliko te bolezni, subakutno ali bolje rećeno kronićno formo torzije. Zdravnik često ne more staviti prave diagnoze bolezenskega stanja, ki ga vidi pred seboj. Diagnosticira zato katerokoli bolezen, kar traja do onega dne, ko privede nov, hujši napad bolnika na operacijsko mizo, ki ga sicer reši većnih napadov, ima pa često za posledico tudi izgubo ene seksualne žleze.

Potrebno je opozoriti na nekaj momentov iz embriološkega razvoja testisa, ki se mi zdijo precej vaćni za boljše razumevanje patologije testikularne torzije in njenih raznih oblik. Testis nastane iz epitela celomske votline. Ob strani primitivnih ledvic se stvori odgovarjajoće bodoćemu spolu individua žleza, ki bo imela reproduktivno funkcijo v postnatalnem življenju. Žleza v svoji prvotni obliki ne odgovarja doloćenemu spolu. En del te maskulo-feminine žleze se zaustavi v svojem razvoju, s časom izgine, z izjemo malih rudimentov, ki jih srećamo prirašćene na dozorelo žlezo ali pa v njeni okolici: najvaćnejši je Morgani-jeva hidatida. Poleg tega potuje pri samcih žleza preko abdominalne stene. Na koncu 8. fetalnega meseca se nahaja testis v inguinalnem kanalu. Normalno je, da se nahaja ob otrokovem rojstvu testis v mošnji. Po tem potovanju ostane

testis v skrotalni vreči brez večjih sprememb, razen da raste ves čas sorazmerno enako hitro kot drugi organi. Za časa pubertete sta testisa ponovno sedež intenzivnejše evolucije. Po Reich-u dosežeta na koncu te periode svoj definitivni volumen. Na svojem potu proti skrotumu se testis rotira za 90° okrog svoje osi. Končni efekt te rotacije je sledeči: epididimis, ki se je še v ingvinalnem kanalu nahajal lateralno od testisa, se po končanem potovanju v mošnjo nahaja za njim.

Patološka anatomija

Vsaka torzija semenskega povessa zavira normalni obtok krvi v testisu: v tem je izvor patološko-anatomskega procesa. Testisu dovajajo kri tri arterije, ki so praktično brez anastomoz med seboj. Deferencialna arterija ima preko gubernaculum Hunteri anastomozo z vnanjo semensko arterijo. Ravno gubernaculum Hunteri v večini primerov torzije vsled kongenitalnega defekta ne obstoji. Notranja semenska arterija je funkcionalno končna arterija brez anastomoz. (Conheim Richard). Vsaka torzija zavre najprvo obtok v venah, ker je njih stena tanjša in ker so razvrščene na periferiji semenskega povessa. Pritok krvi torej še ni moten, medtem ko je odtok po venoznem sistemu oviran: prva perioda venozne staze. Kot je dokazal Ombrédanne, potiska vsaka hiperemija testis ekcentrično z ozirom na os rotacije. V tem je circulus vitiosus: hiperemija pospešuje obturacijo. Ko nastopi blokada vseh krvnih žil, imamo pred seboj klasično formo hemoragičnega infarkta žleze z vsemi škodljivimi posledicami za njeno vitaliteto. Epitel semenskih kanalov, zelo občutljiv za motnje cirkulacije, reagira z nekrozo. Hellner se je bavil s tem vprašanjem in je delal poskuse na psih. Po svojih poskusih je prišel do sledečih zaključkov: testis mlajšega bitja je občutljivejši za motnje v cirkulaciji kot testis starejšega. Nasprotno pa ima mlad testis več sposobnosti za regeneracijo kot testis dorastlega organizma. To dejstvo je velike važnosti, kadar se moramo odločiti ze semikastracijo pri testikularni torziji.

Na zunaj daje žleza sliko hemoragične, črnkaste mase. Posamezne elemente je v njej često težko razlikovati. Pri histološki preiskavi vidimo fragmentacijo jeder semenskih celic. Stopnja alteracije epitela zavisi od trajanja torzije, števila in ostrine zavojev. Torzija 180 stopinj n. pr. ne kaže niti makro- niti mikroskopskih sprememb, čeprav traja po več dni. Nasprotno daje torzija 360 stopinj, ki traja več kot 6 ur, kompletno ali delno nekrozo kanalov, odgovarjajočo trajanju torzije. Posledica popolne nekroze vseh epitelijskih elementov žleze je atrofija testisa. Najtežja oblika je poznana v patološki anatomiji kot fibrosis testis Simmond. Klasičen primer je tále: membrana kanalov je zadebljena, epitel, ki je pokrival notranjščino kanalov v več slojih, je reduciran na epitel enega do treh slojev; mestoma kaže struktura epitela sličnost z normalno spermatogenezo. Povsod je mnogo vezivnega tkiva. Taka je usoda torkviranega testisa, ki ne supurira. Povdarjam, da kaže organ pri dojenčkih močno tendenco k gnojenju, vendar je vedno benigni absces.

Etiologija

Med operacijo testikularne torzije srečamo skoro redno malformacije. To dejstvo nam daje misliti, da je žleza, s katerokoli prirojeno napako bolj izpostavljena rotatoričnim silam, ki povzročajo torzijo, kot ona, ki nima nobene kongenitalne anomalije. Po Dreibholz-u je nujen pogoj



Unguentum analgeticum
et antipruriginosum.

ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelj



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

Sezona se prične s 1. majem

Bolnikom vedno priporočajte

RADENSKE PRIRODNE MINERALNE VODE

Mineralna voda ad usum proprium gratis Z RDEČIMI SRCI
Prospekte, brošure gratis!

CHEMOLABOR

LJUBLJANA, MIKLOŠIČEVA 17
V BLIŽINI KOLODVORA

Opreme za ordinacijske in operacijske sobe,
instrumentarij, aparati vseh vrst, brizgalke,
svila, igle, gumasti predmeti, vata, ovojni
Samo kvalitetno blago in obvezilni material, mikroskopi itd. itd.

Za rentgenske posnetke uporabljajte samo

GEVAERT Super Rapid Special na modri, nevnetljivi podlagi
GEVAERT dentusfilm na modri podlagi
GEVAERT rentgenpapir PARIX 8 za kontakt
GEVAERT Ridax papir za povečave
GEVAERT Orthobrom

KEMIKALIJE:

GEVAERT rentgen razvijalec v dozah po $4\frac{1}{2}$, 9, $13\frac{1}{2}$ in 18 lit.
GEVAERT rentgen fiksirna sol v dozah po 5, 10 in 20 lit.

za nastanek torzije ta, da ima testis nekaj pecelj. Stiasny podčrtava potrebnost obstoja anomalije in navaja kot najčesčo retencijo ali ektopijo. Le Gac in Fournier sta istega mnenja. V nasprotju z najbolj razširjenim mnenjem pripominja Ombredanne ob priliki svoje prve publikacije o akutni orhitidi, da od torzij, ki jih je opazoval, ni nobena bila torzija ektopičnega testisa. Bardy izjavlja, da je samo visoka torzija vezana na kongenitalno anomalijo. Polovica vseh opisanih torzij so torzije ektopičnih žlez. Po Uffreduzzi-ju je njih odstotek celo višji, 60%, testikularne torzije v skrotumu nastanejo navadno na žlezah, ki so pozno descendirale. Thorek je našel v svoji statistiki odstotek 77%. V splošnem lahko smatramo, kadar se 50% opazovanj nanaša na enake primere, da je to tipično za anomalijo. Med anomalijami, ki so vzrok, da se testis nagiba k torziji, je ektopija na prvem mestu. Zato lahko sklepamo, da se ektopičen testis torkvira ravno zaradi tega tako često, ker je ektopičen. Še bolj nas prepričuje o patogenetični važnosti ektopije za torzijo čitanje opazovanj Mac Catheron, tičočih se tega predmeta. Ta zatrjuje, da samo 20% otrok, rojenih z ektopijo, ostane ektopičnih. V 80% descendira testis sam pred 16 letom v skrotum. Če priznamo upravičenost te trditve, si lahko razlagamo, zakaj so torzije mnogo česče v dobi pred puberteto kot v drugih dobah. Murray ugotavlja, da nastopi torzija v polovici primerov za časa pubertete. Pa tudi opazovanja drugih avtorjev nas nagibajo na konkluzije v smislu Mac Catcheon. Papin je opazoval bolnika, katerega testis je descendiral v 15. letu in katerega semensko povesmo se je torkviralo nekaj let nato. Še bolj klasičen je primer, analiziran v tezi Latrilhe-a, ko so bile masaže, ki so se vršile z namenom, da spravijo testis v skrotum, vedno zvezane z bolečinami po masaži. Po eni taki masaži bolečine niso hotele nikakor izginiti, operirali so ga in našli testikularno torzijo. Brezdvomno je, da lahko izražena ektopija izgine do termina pubertete; to priznavajo vsi kirurgi. To dejstvo je v zvezi s torzijo. Testis, ki ni descendiral do rojstva, je prizadet po kaki anomaliji: kajti ravno ta anomalija ga ovira, da ne prispe na svoje normalno mesto. Vsak testis, ki ima anomalijo, je predisponiran za patološko torzijo; kajti število torkviranih testisov, pri katerih se je našla anomalija, je toliko, da ni mogoče zanikati tega dejstva. Treba je torej priznati, da igra največjo vlogo pri patogenezi testikularne torzije ravno ektopija. Še več: mnogo anomalij je skupnih i torziji i ektopiji. Često vidimo v operacijskih protokolih pri opisu operacije, da gubernaculum Hunteri ni obstojal. Ta ligament ima glavno vlogo pri fiziološki descenziji testisa in njegovo odsotnost navajajo kot glavni vzrok ektopije. Organ napiet med semenskim povesmom z ene in gubernaculum Hunteri z druge strani je gotovo manj gibljiv kakor žleza, ki visi na koncu semenskega povesma prosto.

Žleza, ki pozno descendira, kaže poleg prirojenih napak še sekundarne deformacije. Poleg primarne napake je še cela vrsta okvar, ki povzročajo, da je ektopičen testis gibljivejši in da se zato tudi bolj nagiba na testikularno torzijo. Nепrestana masaža, povzročena po vseh gibih telesa, predvsem po hoji in po muskularnih refleksih, povečuje vedno bolj njegovo mobilnost. Mesotestis se progresivno podaljšuje. Dolg mesotestis je po Lapointe-ju eden izmed glavnih pogojev za nastanek intravaginalne torzije. Podaljšanje mesotestisa si je imenovani avtor razlagal, da je v vzročni zvezi z inkompletnim ali poznim descensusom. Žleza ne raste, temveč je vedno bolj atrofična, kar stopnjuje dispozicijo za torzijo. Pa tudi descendiran ima tak testis krajše semensko povesmo kot normalno,

kar je lepo zabeležil *Donovan*, ki je opazoval v treh primerih krajše povese pri inkompletnem descensu.

Oblika žleze igra gotovo vlogo. Testis v obliki hruške, sploščen ali diskoidne oblike je bolj izpostavljen rotacijskim silam, Kongenitalna hipoplazija s sploščenjem žleze ni tako redka, kot se splošno misli. *Reich* je to raziskoval in njegovi izsledki potrjujejo dejstvo, da je veliko število otrok rojenih s hipoplastičnim testisom. Volumen takega testisa seveda narašča v fazi fiziološkega razvoja, vendar ne doseže nikdar velikosti normalne žleze. Med 110 preiskanimi testisi jih je našel 86, ki so zaostali v rasti. *Voss* je našel med 130 primeri, ki jih je preiskal, isti odstotek zaostalih. Brezdvomno je, da so otroci, katerih testisi ne dosežejo volumna, ki bi odgovarjal njih starosti. Del telesa, ki je hipoplastičen ali slabo razvit, ohrani svojo predispozicijo za patološke procese.

Omenil sem že defekt gubernakuluma. Dolg mesotestis povzročuje, da visi testis v vaginalni tuniki kot srce v perikardu. *Weitz* je meril mesotestis v primeru, ki ga je videl, in je našel, da je bil dolg 4 cm. Pod enakimi pogoji se nahaja testis, kjer mesotestis sploh ne obstoji. Spoj obeh delov je torej defekten in to anomalijo lahko ojačujejo še druge: na pr. anomalija epididimisa, deferentnega duktusa ali testisa. Testis je zato mnogo bolj mobilni. Vaginalna tunika, ki pokriva sprednjo in lateralne strani žleze, lahko sega bolj ali manj visoko navzdol in lahko pokriva lateralne dele epididimisa tako, da je prosta samo zadnja stran epididimisa z vstopiščem ožilja: kadar je tunica vaginalis propria večja, je predisponiran testis za torzijo.

Na zgornjem polju žleze inserira glava epididimisa. Izpod nje vstopajo spodaj ob kaudi epididimisa žile v testis. Spodnji pol testisa in kaude epididimisa veže ligament. Ta ligament včasih ne obstoji in testis visi samo na inserciji žil in na glavi epididimisa; tak primer je opazoval *Lexer*. Opisana anatomska dispozicija se nagiba k torziji, posebno če jo spremlja še kaka druga anomalija na pr. defekt gubernakuluma, visoko inserirana ali prostorna vaginalna tunika, kratko semensko povese.

V nekaterih primerih so se našle samo iregularnosti v sistemu žil. Notranja semenska arterija, edina dovodna žila testisa, lahko kaže modifikacije svojega običajnega poteka. Namesto da vstopa v ozkem snopu skupaj z venami, sta oba sistema žil ločena drug od drugega: bifiditas funiculi spermatici po *Lapointe*-ju. Še več, arterija, ki se deli normalno 2 cm nad gornjim polom testisa v dve veji: eno, ki vodi k glavi epididimisa, in drugo močnejšo, ki gre ob medialni strani epididimisa in se izgublja v mesotestisu. *Richard* je odkril, da se često arterija deli zelo visoko, celo v ingvinalnem kanalu. Povezek ožilja ni več širok, čvrsto povezan po vezivnem tkivu. Namesto njega dobimo več tanjših prostih poveskov, ki dopuščajo žlezi večjo mobilnost. Prvi, ki je opazil in opisal to anomalijo, je bil *Kocher*.

Da kila, predvsem kongenitalna, pospešuje razvoj torzije, je često potrjeno. *Coletti* je objavil primer, o katerem misli, da so predhodne inkarceracije hernije dale testisu oni impuls, ki je dovedel končno do torzije. *Marcucci* je našel trikrat med štirimi opazovanimi primeri hernijo in torzijo skupaj. *Papin* je zapazil podobno: njegov primer torzije pri ektopiji je bil kombiniran s hernijo; primer *Zonti*-ja je pokazal, da zadržnjena kila lahko povzroči torzijo semenskega povesma: zadržnjena kila je bila združena s torzijo semenskega povesma v enem zavojju. Kilna vreča dopušča sosednjim organom večjo mobilnost. Pri

kongenitalnih hernijah je etiološki moment za patogenezo torzije najbrž podoben onemu pri visoko inserirani vaginalni tuniki.

Med drugimi vzroki predispozicije citirajo: odsotnost adherenc med musculus cremaster in tunico dartos, anomalijo poteka deferentnega kanala: namesto, da se zaobrne navzad, se zavije v nasprotni smeri, potekajoč na sprednjem robu testisa (Rocher—Guerin) Canalis deferens in žile potekajo vsak za sebe v semenskem povescu (Brunzel)—trifurkacija povessa (Branco Ribeiro) — epididimis sploh ni implantirani (Geni Moreno). Mnogo avtorjev misli, da je inverzija testisa anomalija, ki olajšuje torzijo. Upcott piše, da torzija semenskega povessa nastane najčesteje pri ektopičnih ali pri invertiranih testisih. To znači, da razlikuje med tema dvema anomalijama, kakor da bi bili obe enako važni za patogenezo torzije. Enake pripombe vidimo v delih Rocher-a, Lapointe-a, Brunzel-a, Dreibholz-a. To mnenje je neosnovano. V svojem članku l. 1912. je Ombredanne razrešil to vprašanje. Inverzija je prva stopnja torzije. On razlikuje jasno tri stopnje torzije in ta delitev je povsod priznana kot veljavna: edem in turgescenca epididimisa z inverzijo testisa, apopleksija testisa, absces z gangreno žleze. Kadar najdemo torej med operacijo inverzijo, ni to anomalija zase, temveč pred seboj imamo primer testikularne torzije, ki prehajajoč preko tihe faze, evolvirajo iz fiziološke torzije v prvo stopnjo patološke torzije, inverzijo. Istega mnenja je Catelmo, ki pravi, da je inverzija samo nepopolna detorzija.

Da se testis, ki je zaostal v trebušni votlini, lahko torkvira, je razumljivo. Diagnoza je izredno težka. Ti primeri so izredno redki in zato nikdar ne mislimo nanje. Beller je zbral 10 objavljenih primerov in pridal svojega. V primeru Kunz-a je bilo semensko povescu prosto gibljivo v trebušni votlini in zadržnjeno po omentumu; ta primer ne spada v moje delo.

Fundamentalni princip, skupen vsem torzijam, je povečana mobilnost testisa; ta mobilnost je posledica anomalij razvoja, včasih jih je po več združenih. Predispozicija je tu. Treba je samo še sil, ki povzročijo, da žleza pride v patološko stanje torzije. Ombredanne je načel vprašanje, ko je študiral svoje prve primere. Pripomniti je treba, da med njegovimi bolniki ni bilo nobenega z ektopijo. Nastanek torzije je razlagal v zvezi z anatomsko pozicijo žleze. Obešena na sprednjem zgornjem polu na fibrozno tuniko, ki je nekak ligamentum, počiva spodnji in zadnji pol poševno na skrotumu, ki jo vzdiguje. Os testisa je torej poševna od spredaj navzad. Vsaka sprememba položaja pa je mogoča okrog vertikalne osi, ki gre skozi ligamentum suspensorium, to je v notranji tretjini, oziroma četrtini žleze. Prehodna hiperemija potiska žlezo ekscentrično z ozirom na ta ligamentum suspensorium in na rotacijsko os žleze, ker vstopajo žile morda ekscentrično. Reflektorična kontrakcija mišice dvigalke (musculus cremaster), ki vzdiguje testis tedaj, ko so dovajajoče žile polne krvi, deluje v istem smislu. Masturbacija igra gotovo vlogo v genezi napada torzije, vendar se pretirava njena važnost. Te ugotovitve so ohranile po 25 letih še vedno svojo veljavo. Opisal sem, da se fiziološko testis zavije za 90 stopinj in da se ta torzija lahko stopnjuje, ne da bi se vidno pokazala. Trdim celo, da večina testisov preide iz faze normalne torzije preko tihe faze, patološke torzije, ki je nezapažena, do torzije, ki kaže jasno vse znake težkega obolenja. Dva elementa lahko povzročita torzijo, njih važnost je povdaril Ombredanne: hiperemija in kontrakcije mišice dvigalke. Hiperemija je lahko prehodnega značaja kot pri masturbantih; tudi fiziološka v dobi pubertete, ko je žleza zaradi naglega in pospešenega razvoja v

stanju intenzivnejšega krvnega obtoka. Ta hiperemija in veliko število torzij, opažanih v dobi okrog pubertete, sta dve dejstvi, tesno povezani med seboj. Težko je izjaviti, kakšno dinamično vlogo igrajo traume v patogenezi torzije. Ali povzročajo hiperemijo ali pa izzivajo kremasterne reflekse, morda povzročajo oboje obenem.

Refleksi mišice dvigalk ne povečajo samo hiperemije. Mišica dvigalka dvigne testis in ga pri tem tudi zasuka. Spomniti se je treba samo, da ta mišica izhaja iz muskulature trebušne stene in sicer iz *musculus obliquus externus* in *transversalis* v obliki dveh ločenih svežnjev. Svežnja nista enaka, temveč zunanji del, ki izhaja iznad zgornjega roba dimeljske vezi, je mnogo jačji in debelejši kot notranji del izhajajoč iz spodnje regije *musculi recti abdominis*. Prvi sveženj pokriva lateralne partije in drugi sveženj medialne partije spermatičnega funikulusa. Oba svežnja tvorita mrežo v skupni vaginalni tuniki *communis*, objemajoč testis, in sta neenaka v moči, ker prevladuje sila lateralnega snopiča. Enostavno si je zamisliti kroglo, obešeno med dvema trakovima, od katerih je eden močnejši kot drugi. Rezultat delovanja teh dveh neenakih sil bo vedno dvig, združen z rotacijo. Testis je že normalno torkviran, njegova os rotacije je ekscentrična. Efekt kontrakcij obeh snopičev kremastra je, da se žile napnejo ko je testis dvignjen in zaobrnejo žlezo ter s tem povečajo naravno torzijo. Rotatorna komponenta mišice dvigalk še poveča vpliv prejšnje sile. Še eno dejstvo je treba omeniti. Med tem ko so dvigalkini refleksi pri starejših osebah v splošnem slabi, opazujemo ravno nasprotno pri mladih individuih in pri dojenčkih. Obstoji celo pri dojenčkih pogojen dvigalkin refleks, popisan po Hamburger-ju; ta refleks je psihogen in ga vidimo često pri nevropatskih otrocih. Pri teh otrocih opazamo nastop kontrakcije mišice dvigalk brez draženja odgovarjajočega segmenta, kot pogojen refleks po Pawlow-u. Ta fenomen je važen za razlago nastanka torzije, ki se pojavi pri popolnem miru med spanjem. Živahnost refleksov pri dojenčkih lahko povzroči često opažano testikularno torzijo, katere pravi vzrok si težko razlagamo.

(Dalje prihodnjič)

Docent dr. IVAN MATKO

PATOGENEZA IN TERAPIJA OLIGURIJE

(Konec)

Pri habituelni oliguriji zaradi primarne retencije vode v tkivu je funkcija ledvic neokrnjena. Tak organizem prenese nemoteno vsako obremenitev s kuhinjsko soljo, pač pa gladko retinira v tkivu popito vodo. Ta oblika oligurije ni redek pojav in jo moremo najti predvsem pri debeluharjih, katerih maščevina nagiba k retenciji vode, dalje pri nekaterih ženah v prvih dneh mesečnega perila, pri parenhimatoznih afekcijah jeter itd. Koža teh oseb je očitno pastozna in podkožno tkivo je nabreklo kakor pri pravem edemu. V to skupino oligurije spada m. dr. primer Grassheima (1927), pri katerem je obstajalo cerebralno bruhanje in oligurija od 65—200 ccm seča na dan. Solna bilanca je bila pri njem popolnoma normalna. Značilno za tega bolnika, kakor tudi za ostale te vrste, je dejstvo, da morejo pridobivati izredno hitro na telesni teži. Grassheim-ovemu bolniku se je n. pr. v kratki dobi dvignila telesna teža od 120 do 320 funtov! Enako oligurijo je opazal tudi Fleischmann pri nekaterih primerih z duševnimi depresijami. V to

TROPONWERKE



KÖLN-MÜLHEIM

FERRIPAN

preparat bakra, dvo- in trovred-
nega železa, jeter in beljakovine
PROTI ANEMIJI

OMOTI:

50 tablet po 1 gram Din 26—
100 gr. v prašku (traja
za odrasle 10 dni) Din 44—
250 gr. v prašku (traja
za odrasle 25 dni) Din 82—

NOVO-TROPON

**ORGANO-LIPOIDNI
TONIKUM,**

ki se je dobro obnesel

OMOTI:

100 gr. v prašku (traja
za odrasle 10 dni) Din 42—
250 gr. v prašku (traja
za odrasle 25 dni) Din 80—

Preparati se dobe tudi v kliničnih zavitihi.

Dnevno 3 krat po 1 malo žlico po jedi na tekočini. — Otroci polovico.

Vzorci in literatura brezplačno na zahtevo pri zastopstvu za Jugoslavijo:

„B I O S A N“

MR. PH. VLADIMIR SMOKVINA — ZAGREB — KAPTOL 12.

VELIKA ZDRAVILNA MOČ

radio-aktivne termalne vode (37°) v zdravilišču

RADIO-THERMA - LAŠKO

INDIKACIJE:

kronični revmatizmi

neuralgije, ischias

kronična obolenja

črevesja in ožilja

ženske bolezni

arterioskleroza

POMOŽNI ZDRAVNIŠKI PRIPOMOČKI:

Elektroterapija, medicinalne, črevesne kopeli z
radio-termalno vodo (Enterocleaner), masaže
in dijetično zdravljenje

ZDRAVILIŠČE ODPERTO VSE LETO!

Izven glavne sezone, t.j. od 1. septembra do 30. junija nizke pavšalne cene:

za 10 dni din 600—, za 20 dni din 1100—

(stanovanje, hrana, kopeli, zdravniški pregled in ostale takse)

Informacije in prospekte s cenikom pošlje na željo

U P R A V A Z D R A V I L I Š Č A

LEGATIN DRAGEES Dr. WANDER

Radix valer. dialys. sicc. 0,03 g
Humuli lupuli dialys. sicc. 0,01 g
Acid. phenylaeethylbarbit. 0,01 g
Acetparaphenitidin 0,05 g

LEGATIN ZDRUŽUJE SEDATIVNO IN BLAGO HIPNOTIČNO DELOVANJE VALERIJANE IN HMELJA, OJAČENO Z DELOVANJEM PHENYLAETHYL-BARBITURNE KISLINE IN ACETPARAPHENITIDINA

Škatlja s 50 dražejami Din 24.—
Cevčica z 20 dražejami „ 12.—

Vzorci in literatura
pošilja na zahtevo

Dr. A. WANDER D. D. tvornica farmacevtskih in dietetskih preparatov ZAGREB

KLISJEJE

VSEH VRST, ENO- IN VEČBARVNE
IZDELUJE PO SLIKAH IN RIZBAH

JUGOGRAFIKA, d. z o. z. v LJUBLJANI

Sv. Petra nasip št. 23

Vodeči preparati železa

**CHINOFERRIN PURUM, CHINOFERRIN CUM
ARSENO, PILLULAE CHINOFERRINI CUM ARSENO**

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

Literatura po zahtevi!

AKRATOTERMA (38°—41°)

KRAPINSKE TOPLICE

Klinično vodstvo specialista-balneologa osigura znanslv. utemeljitev diagnoze in individualno zdravljenje iz vidika moderne balneologije.
Indikacije: vsa kronična revmatična obolenja, ženske bolezni, neuritide.

PAVŠALNE
KURE

Terapija: kopelji, suha in podvodna masaža, gibanje, blato, elektroterapija.

Vse informacije in prospekte daje

Uprava

skupino oligurije spadajo tudi nekatere osebe hipofizarno-cerebralno-periferne adipozitete, ki jo je l. 1925. prvi opisal Zondek v Berlinu. Pri tej obliki oligurije retinira torej bolnik le vodo, ne pa istočasno soli!

Nasprotno pa so bitja, ki retinirajo le sol, ne pa istočasno vode. Je to konstitucionalna oligurija na podlagi primarne retencije soli. Volhard-ov vodni poskus izide pri teh osebah normalno, nasprotno pa odkrije obremenitev organizma s soljo težke motnje v solni preosnovi. Pri tem poskusu se dvigne tudi telesna teža in občutno pade množina seča. Bolnik v Veil-ovem primeru je v 17 dneh pridobil 19 kg teže. Pri nekaterih teh bolnikov morejo nastopiti tudi očitni edemi, ako jih obremenimo s kuhinjsko soljo. Primeri oligurije zaradi primarne retencije soli so velika redkost! Prvi tak primer je l. 1918. obelodanil Veil, Jungmann pa l. 1922. dva taka primera. Oba bolnika sta dobila takoj očitne edeme, čim sta zavžila hrano bogato na soli. Pri obeh so našli gastrično ahilijo. Sekcija v prvem primeru je odkrila glandularno sklerozo tireoideje, pankreasa in mod; sekcija v drugem pa patološke izpremembe v hipofizi in v nadobistih. Po Meyer-Bischu so za oligurijo s primarno retencijo soli značilni sledeči znaki: nagnjenje k tvorbi edemov in kolebanje dnevne množine seča. Otoki se pojavijo po neredni hrani in tudi po telesnih naporih, izginejo pa ob primerni dijeti in v času mirovanja. V serumu se ugotovi hipalbuminoza; hemoglobinske vrednote pa so nasprotno normalne. V želodčnem soku manjka popolnoma solna kislina (achylia). Poleg nje pa morejo biti prisotni tudi znaki insuficience trebušne slinavke. Množina kuhinjske soli koleba v serumu, vendar ne seže nikdar preko normalnih vrednot. Oligurija te oblike se odkrije najlažje, ako se točno opazuje telesna teža med Volhard-ovim poskusom in med preiskavo z dodatkom 10 gr ali še več NaCl k hrani. V to skupino spada tudi sledeči moj primer: bil je to 19 let star fant, 91 kg težak, katerega množina dnevnega seča je kolebala med 200—360 ccm na dan. Glavne njegove težave so bile: zasoplenost pri delu, utripanje srca in češči glavobol. Pri Volhard-ovem vodnem poskusu je pravilno izločil popito vodo. Po dodatku 10 gr. soli k hrani pa je padla množina seča na 120 ccm prvi dan in na 320 ccm drugi dan. Telesna teža se je dvignila v teh dneh na 93.75 kg, padla pa je po injekciji novurita na 90.2 kg.

Slednjič imamo še oligurijo na podlagi primarne istočasne retencije vode in soli. Za klinično sliko teh bolnikov so po Zondeku značilni sledeči znaki: izredno hiter razvoj debelušnosti, ki se izvrši v prav kratki dobi, dalje kolebanje temperature z nagnjenjem k hipertermiji, tendenca k očitni oliguriji, večkrat nenadni napadi žeje, semtertja zvišan osnovni obrat, glavobol in simptomi zvišanega tlaka v lobanji. Pri nekaterih primerih se morejo ugotoviti tudi znaki hipofiznega tumorja. Zondek sam imenuje to bolezensko sliko „Salz-Wasser-Fettsucht“, Grassheim pa „Antidiabetes insipidus“.

Iz navedenega je razvidno, da morejo biti prav pestre in večkrat tudi jako zamotane klinične slike oligurij na podlagi primarnih motenj v vodni in solni preosnovi. Pri večini teh oseb obstoje bolj ali manj izrazite psihične motnje. Bolniki so razdražljivi in nagibljejo k duševnim depresijam. Nadalje najdemo pri njih: zvišan pritisk v lobanji, znake hidrocefala, breztečnost, splošne slabosti, omotice in vrtoglavice, nagnjenje k epileptičnemu stanju, napade migrene, cerebralno debelušnost ali cerebralno mršavost, cerebralno nagnjenje k zaspanosti, cerebralne temperature itd. Po adrenalinovih injekcijah se pri teh osebah more dvigniti krvni sladkor.

na prekomerno višino, kar je priča za razdražen simpatični sistem. Bradikardija in nenavadno nizek krvni tlak pa govorita nasprotno za zvišan tonus v parasimpatiku. Habitualne oligurije opazujemo tudi pri popolnoma zdravih osebah, semtertja pa tudi pri čisti hipertenziji. Prav zanimivo je dejstvo, da morejo nastopiti te oligurije temporarno in sicer za krajšo ali daljšo dobo, pri čemer se lahko pojavijo edemi po vsem telesu ali le na poedinih njegovih delih. Taki edemi morejo biti boleči, ker tkivo prehitro nabrekne.

Kar se tiče patogeneze konstitucionalnih oligurij, so v tem pogledu mnenja različna. Nekateri avtorji, kakor n. pr. Szépai itd., jih smatrajo za posledico inkretoričnih motenj in sicer celotnega tozadavnega aparata. V teh motnjah imajo izvor razni očitni klinični znaki, kakor n. pr. izpadanje las, debelušnost ali mršavost, prenehanje libide in potence, usahnjene sekundarnih spolnih znakov, prestanek mesečnega perila itd.

Po Jungmann-u leži vzrok teh oligurij v primarni alteraciji vegetativnih centrov v hipotalamu odnosno v diencefalonu. Temu mnenju se pridružuje tudi Leschke, ki objavlja Jungmann-ov primer pod naslovom „diencefalni edem“. Meyer-Bisch je za kompleksno motnjo v hormonalnem sistemu, vendar spravlja motnje v mineralni preosnovi v zvezo z znižano alkali-rezervo telesa.

Po Zondek-u, Grassheim-u itd. pa lahko imajo motnje solne in vodne preosnove za posledico vse poškodbe v sklenjenem krogu, katerega glavni sestavni členi so: diencefalon-hipofiza-periferija z lipomatozo odn. lipofilijo, pri kateri obstoji abnormalna nagnjenost tkiva k edemu.

II. Terapija oligurije

V tem pogledu moramo oddvojiti terapijo konstitucionalnih oligurij od simptomatičnih, t. j. sekundarnih. Pri poslednjih se moramo ozirati na prvotno obolenje, ki povzroča zmanjšano sekrecijo seča. Pri infekcijskih boleznih n. pr. moremo pobijati oligurijo s tem, da damo bolniku dovolj tekočine. Oligurijo zaradi premočnega potenja moremo odstraniti z atropinom ali še bolje, z manj strupenim novatropinom. Lahko pa uporabljamo tudi Tct. Salviae, Agaricin, umivanje kože z 1% formalinovim alkoholom itd. Oligurijo miksedema odstranimo s tireoidnimi preparati. Pri jetrnih afekcijah dvignemo diurezo z raznimi živosrebrnimi preparati. Enaki učinek je dosegel Henkel z vitaminom C, kar je vsekakor presenetljivo dejstvo, ki vznbuja sum, da morda pripada pri vzniku oligurije važna vloga tudi vitaminom. Oligurijo pri renalnih in srčnih obolenjih pa zatiramo z različnimi diuretičnimi sredstvi, z neslano hrano, z digitalisom itd.

Za zdravljenje habitualne oligurije pa so pripravne poleg primerne dije še intravenozne injekcije kalcija in jodovega kalija, nadalje salyrgana, novasurola, novurita itd. 10%-nega kalcijevega raztoka injiciramo 10 ccm, jodovega kalija pa po Veil-u le majhne množine kakor n. pr. $\frac{1}{2}$ mg. Zanimivo je, da učinkuje pri oliguriji te vrste jodov kalij že v majhnih količinah, medtem ko je v večjih dozah očitno škodljiv.

Pri sestavi dije za bolnike s primarno oligurijo moramo upoštevati tudi dejstvo, da sloni retencija seča ali na nezadostnem izločevanju vode, ali soli, ali pa se istočasno v seču ne izločujeta v normalnem obsegu obe snovi. Važno je tudi spoznanje, da v teh primerih ne dosežemo ničesar, ako jim tudi znižamo število kalorij v hrani. V tem pogledu so poučne posebno študije Zondeka, ki ni pri svojih primerih z vodno in solno

debelušnostjo imel nobenega uspeha, akoravno jim je znižal število kalorij dnevno na 1200 do 1400. Nekatere izmed teh oseb niso reagirale niti potem, ko jim je črtal vodo in sol z jedilnega lista. Pač pa se je zboljšala diureza, ako je bolnik miroval več dni in dobival energična antidiuretična sredstva. Nekateri bolniki reagirajo na terapijo z živim srebrom tako močno, da izgube v kratki dobi do 20 kg teže. So pa med njimi tudi osebe, pri katerih z zdravili z živim srebrom ne dosežemo ničesar, pač pa nastopi očiten uspeh šele po tireoidnih ali pa po ovarialnih preparatih. Poslednji so učinki zlasti pri oni habituelni oliguriji, pri kateri stoje v ospredju bolezenske slike motnje gonadnega izvora. Diuretični učinek tireoidnih snovi zvišamo, ako jih zauživajo bolniki v masivni obliki, to je skozi tri dni trikrat na dan po 0.3 gr tireoideje. Učinek te žleze pa moremo še pojačiti, ako jo spojimo z istočasnim vbrizgavanjem proteinovih teles (aktoprotin, novoprotin, mleko itd.). Namen te kombinacije je dvigniti sprejemljivost in dovzetnost tkiva za tireoidni hormon. Zondek je imel uspeh tudi s timusovimi preparati, vendar le tedaj, ako je bilo tkivo prav posebno sprejemljivo za vodo. Semtertja dosežemo dvig diureze tudi s preparati iz zadnjega režnja hipofize, kar je na vsak način presenetljivo dejstvo, ker izloča ta del hipofize antidiuretično sredstvo. Prusik razlaga dvig diureze po pituitrinu s tem, da se dvigne krvni tlak in se z njim zboljšajo obtočne razmere v ledvicah. Pri neki ženi s habitualno oligurijo sem imel uspeh istotako s pituitrinom, katerega učinek je bil pa samo prehodni. Jungmann je dosegel dvig diureze pri habitualni oliguriji tudi s theocinom, medtem ko ni imel nikakršnega uspeha s pituitrinom. Pri primerih s hipofiznim tumorjem se zboljša diureza z odstranitvijo tumorja ali pa z uničenjem novotvorbe s pomočjo rentgenovega obsevanja. Pri mojem primeru (Chushing) se je za par dni dvignila diureza od dnevnih 200—300 ccm na 1000—1600 ccm, po obsevanju hipofize. Nasprotno pa je ostalo zdravljenje z novuritom popolnoma brezuspešno. Pač pa smo opazali pri bolnici, dan po injekciji in na dan injekcije silne tetanične krče, tako da smo imeli dojem, da spada tudi novurit med sredstva, ki morejo izzvati tetanične znake. Parathormon, ki smo ga injicirali bolnici, ni imel nobenega učinka na sekrecijo seča.

S tem završujem zanimivo študijo o oliguriji in o njenem pomenu za kliniko. Je to v patogenetičnem oziru jako zanimiv klinični pojav in nič manj težak problem, s katerim pa se žal zdravniki vse premalo bavijo. Seveda more biti ugotovitev oligurije in njenega vzroka semtertja težka, za bolnika samega pa je važna in sicer zaradi poteka njegove nadaljnje usode. Saj navaja Meyer-Bisch (1925) iz Göttingenske klinike več jako poučnih primerov habituelno oligurijo na podlagi primarne motnje v solni preosnovi, izmed katerih so enega zdravili najprvo z digitalisom, pozneje pa so izvedli na njem probatorno laparotomijo, seveda brez uspeha, tožil je namreč o težavah v trebuhu. Drugi primer je bil operiran zaradi želodčnih težav in so mu napravili gastroenteroanastomozo. Ta bolnik je bil zdravljen najprvo za nefritis, pozneje pa celo za hidronefrozo. Tretji primer je prijadral na kirurško kliniko zaradi ev. operacije nabreklih moda, četrta pa na interno kliniko zaradi zdravljenja dozdevne nefritide.

Pri takih težkih diagnostičnih zablodah nikakor ne more presenečati dejstvo, da ti bolniki večkrat prav drago plačajo nepoznanje njihove osnovne bolezni. Pri diferencialni diagnozi nam pripomore k vpogledu v bistvo bolezni le točno zasledovanje telesne teže, Volhard-ov vodni in koncentracijski poskus in preiskava solne preosnove po obremenitvi or-

ganizma na NaCl. Potrebno je tudi preiskati kri in seč na NaCl in kri na množino serumovih beljakovin. K popolni preiskavi pa spada tudi pregled želodca.

III. Volhardov vodni in koncentracijski poskus

V pol do tričetrt ure izpije bolnik na tešče 1 in pol litra lahkega čaja. Izprazniti mora popolnoma mehur. Nato miruje v postelji do 12. ure opoldne in moči prvi dve uri vsake pol ure, od 10. dalje pa do 12. ure vsako uro. V vsaki porciji seča določimo specifično težo in množino. Specifično težo po možnosti s toplotnim aerometrom pri 15°. Zdrav človek izloči zaužito vodo v štirih urah in sicer večidel v prvih dveh urah. V dobo prvih dveh ur pade tudi največja množina izločenega seča. Njegova specifična teža se ravna po stopnji razredčenja in more pasti celo na 1000.

Iz prakt. ozirov priključimo vodnemu poskusu takoj tudi preiskavo na koncentracijsko zmogljivost ledvic. Štiri ure po zavžitju čaja dobi bolnik kosilo pripravljeno brez vsake tekočine. Istotako je brez vode pripravljena ostala hrana in sicer toliko časa, da se vzpne specifična teža na najvišjo stopnjo. Pri tem poskusu se moči od 12. ure opoldne dalje in sicer vsaki dve do tri ure, ponoči pa ali po potrebi ali pa največ dvakrat. Ob taki suhi hrani pade pri zdravem človeku ne le količina seča, marveč se dvigne v kratkem njegova specifična teža na 1025—1030.

IV. Preiskava seča na solno in dušikovo preosnovo

Pri tozadevnem poskusu moramo doseči predhodno popolno ravnotežje v preosnovi NaCl in N, kar nastopi po 3 do 4 dneh, ako se zauživa vso to dobo n. pr. Strauss-ova osnovna hrana, ki vsebuje na dan $\frac{3}{4}$ litra mleka, 4 jajca, 6 kosov belega kruha po 25 gr, 80 gr neslanega surovega masla, 30 gr moke, nekaj sadja in sladkorja. Tako sestavljena hrana vsebuje 60 gr beljakovin, približno 150—200 gr ogljikovih hidratov, 125 gr maščob in ca 4 gr NaCl, ako so pripravljena brez soli tudi jajca in juha. V tej hrani pa lahko dvignemo množino soli na 8 gr, ako ji dodamo do roba zvrhano čajno žličko soli.

Po treh do 4 dneh osnovne hrane ji dodamo 10 gr NaCl; naslednji dan pa ev. še 20 gr sečnine, ako nameravamo preiskati preosnovo tudi na dušik. Bolnik zaužije sol po prvem zajtrku in sicer v 2 do 3 porcijah. Sol zavije v oblate, sečnino pa pomeša v mleko, ki ga izpije v 2 ali 4 porcijah. Po potrebi raztopimo lahko v $\frac{1}{4}$ litru vode in jo v tej obliki damo bolniku.

Zdrav človek izloči po Monakow-u v 48 urah 10 gr dodane soli in sicer večji del že prvi dan, ostanek soli pa drugi in tretji dan poskusa. Od zavžitih 20 gr sečnine pa izloči zdrav človek 15—20 gr že prvi dan, ostanek pa v naslednjih dveh dneh. Zdrav organizem eliminira zavžito sol na ta način, da zviša množino seča (kompenzatorična poliuria) in tudi njegovo specifično težo.

Pred vodno-solnim poskusom in po njem merimo telesno težo. Močenje se vrši pri solnem poskusu ali vsako ali vsako drugo uro. Zdrav človek izloči toliko soli, kolikor je je zaužil. Normalno koleba dnevna količina seča med 1300 in 1900 ccm, njegova specifična teža med 1009 in 1020, količina soli v poedinih porcijah pa med 0.48 in 0.88%. Po zaužitju 10 gr NaCl pa se dvigne znatno množina seča in z njo koncentracija soli. V porciji seča z najvišjo specifično težo se lahko vzpne do 1.3% in več.



Solu-Salvarsan

injiciran intramuskularno

garantira pojačano spirohetocidno delovanje.

Raztopina je stabilna in pripravljena za uporabo, izvrstno se prenaša, more se injicirati tudi intravenozno ter je radi tega Solu-Salvarsan univerzalen antiluetikum.

Kontrolira se s strani države kemijsko, biološko in klinično ravno tako kakor Neosalvarsan.

Pedeset let



ZDRAVIL

ORIGINALNI OMOTI:

1 oz. 10 ampul po 1, 2, 3, 4, 5 in 6 ccm

Omoti za otroke:

1 oz. 10 ampul po 0.5 in 1.5 ccm

Pri vsaki

streptokokni infekciji

terapevtsko in profilaktično

Prontosil

„Grand Prix“ svetovna razstava Paris 1937.

Deluje tudi pri infekcijah s stafilokoki
in koli-bakcili.

Važen preparat pri
erizipelu, angini, sepsi post
partum, septičnem abortu, in-
fektnih artritidah, cistitidah,
pijelitidah.

ORIGINALNI OMOTI:

Prontosil tablete:

cevčica z 10 in 20 tablet po 0.3 g

Prontosil solubile:

škatlja s 5 ampulami po 5 ccm

Prontosil album:

cevčice z 20 tablet po 0.3 g

Pedeset let



ZDRAVIL

»Bayer«

Leverkusen a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD — ZAGREB

Izločevanje soli se zakasni ne le pri obolenjih srca, žilja in ledvic, marveč tudi pri afekcijah diencefalona in simpatičnega živčevja. Pri poslednjih primerih pa se zakasni istočasno tudi izločevanje vode.

Kuhinjsko sol v seču lahko določimo na različne načine. Za praktične svrhe zadostuje popolnoma Strauss-ov chlorodimeter, za določitev sečnine v seču pa nam prav dobro služi aparat po Kowarskem.

Iz prakse

Dr. VLADIMIR MILAVEC

O INFEKCIJI Z VAGINALNO TRIHOMONADO

Zdravniki pogosto pošiljajo na dermatološki oddelek žene z močnim fluorjem radi suma na gonorejo ali pa celo z diagnozo gonoreje, pri katerih pa mi večkrat vključ ponovni preiskavi ne dobimo gonokokov, pač pa ugotovimo pri njih infekcijo s trihomonado. Ker je ta infekcija pogostna in klinično zelo podobna gonoreji, je njena spoznava zelo važna za praktičnega zdravnika. Zato menim, da ni odveč, če spregovorimo o tem tudi v našem listu nekaj besed.

Trichomonas vaginalis spada med protozoje (Protozoa) v razred bičarjev (Flagellata). Javlja se v dveh oblikah: v vegetativni in v trajni. Vegetativna oblika je približno še enkrat večja od limfocita, telo je spremenljivo ovalno, hruškasto; na sprednjem, zoženem koncu je bazalno telesce, iz tega izvirajo štirje bički, ki so približno tako dolgi kot telo in so med seboj enaki. Iz bazalnega telesca izvira tudi tanka valovita membrana, ki poteka po telesu proti zadnjemu delu. Protoplasma je v centru drobno zrnata, na robu homogena. Ovalno jedro, ki se pa v živem flagelatu ne vidi, leži ekscentrično blizu bazalnega telesca. Parazit se z bički zelo hitro in sunkovito giblje v vse smeri. Ob zdravljenju ali v neprimernem mediju postanejo paraziti mirnejši, se znebijo bičkov, dobijo okroglo cistično obliko velikosti limfocita in preidejo tako v trajni stadij. Paraziti v tej trajni obliki zdravljenju zelo kljubujejo, če pa zdravljenje prekinemo, dobe čez nekaj dni nazaj bičke in normalno obliko ter prično zopet svoje običajno življenje. Razmnožujejo se z delitvijo telesa; spolna razploditev se ni dala dokazati.

Poleg *Trichomonas vaginalis* nahajamo pri človeku še dve vrsti in sicer: *Trichomonas elongata* ali *buccalis*, ki se dobi v ustih na dlesnu, posebnost pri alveolarni pioreji; v redkih primerih so dobili isto vrsto tudi v želodcu pri anaciditeti, v pleuralnem eksudatu, v pljučnem abscesu itd. Druga vrsta je *Trichomonas intestinalis*, ki se nahaja v debelem črevesu. Za to vrsto so včasih mislili, da je identična z vaginalno trihomonado. Danes je gotovo, da sta to dve različni vrsti, ki se pojavljata neodvisno druga od druge. Pač so možne mešane infekcije v vagini, obratno pa se *Trichomonas vaginalis* nikdar ne pojavlja v rektumu.

Trihomonade preiskujemo in dokazujemo najlepše in najzanesljiveje v temnem polju. Sekret odvzamemo s platinastim tobodkom na ta način, da nekajkrat blizu porcije popraskamo sluznico vagine, kajti paraziti se drže radi epitela, in nato zmešamo dobljeni sekret s kapljico fiziološke raztopine na objektnem stekelcu, ga pokrijemo s pokrivalko ter

preiskujemo. Ne samo iz vagine, treba je vedno vzeti tudi sekret iz uretre. V temnem polju takoj opazimo parazite po njihovem živahnem gibanju. Posebno z bički neverjetno hitro rotirajo in gibljejo v vseh smerih. Če temnega polja nimamo, lahko preiskujemo tudi z navadno imerzijo ali tudi brez nje, z večjo povečavo. Barvani preparati ne zadovoljujejo tako kot nativni. Po barvanju z Giemso vidimo morfološke posameznosti parazitov kot jedro in bazalno telesce, bičkov pa navadno ne vidimo.

Infekcija z vaginalno trihomonado je zelo pogostna. Lani spomladi smo na dermatološkem oddelku pričeli s sistematično preiskavo vseh bolnic, ki so prišle na oddelek radi fluorja. Dasi prihajajo na ta oddelek večinoma bolnice z gonorejo ali zaradi suma na gonorejo, smo vendar ugotovili, da je od 100 bolnic imelo

trihomonado	19%
trihomonado in gonorejo	30%
gonorejo	29%
fluor (nespecifičen)	22%

Do istega rezultata je prišel Koelsch iz Münchena. Večina drugih statistik (Hausmann, Wille, Vasilijev, Kissling), izkazuje pri bolnicah s fluorjem okrog 40% infekcij s Trichomonas. Rodecort, ginekolog iz Hannovera, je dobil celo v 70—80% vseh fluorjev, ki jih je preiskal, vaginalno trihomonado. Razen bolnic s fluorjem so preiskavali tudi bolnice ne glede na to, ali trpe za fluorjem ali ne, in te statistike izkazujejo okrog 30—40% infekcij s trihomonado. Cela vrsta preiskav je bila izvršena pri nosečih ženah, ki še najbolj predstavljajo povprečnost ženstva, in pri teh so našli 30—40% inficiranih s trihomonado.

Kar se tiče medsebojnega razmerja trihomonijaze in gonoreje, so mnenja v literaturi različna; nekateri (kot Hoene, Hees) sploh pogrešajo istočasno infekcijo in govore o antagizmu teh dveh infekcij. Na dermatološkem oddelku smo ugotovili pri 100 infekcijah s trihomonado 58 krat istočasno gonorejo. Ackermann je ugotovil pri 82 infekcijah s trihomonado 37 krat istočasno gonorejo. Opirajoč se še na druga poročila v literaturi (Schröder, Kissling), smemo trditi, da antagonizem teh dveh infekcij ne obstoja, obratno pa tudi gonoreja ne predstavlja posebne dispozicije za infekcijo s trihomonado.

Kako pride do infekcije z vaginalno trihomonado? Neposredni prenos s sluznice na sluznico se vrši le pri infekcijah moške uretre s trihomonado. V večini primerov se pa infekcija vrši posredno, n. pr. po vodi v kopališčih, v kadnih kopelih, na straniščih, pri ležanju z obolelo v isti postelji, v internatih in družinah, kjer so slabe higienske razmere.

Pri tako veliki razširjenosti infekcije z vaginalno trihomonado nastane vprašanje o njeni patogenosti. Ali je vsaka kolpitis, pri kateri smo našli trihomonade in kjer nismo ugotovili drugega vzroka, n. pr. gonoreje, v resnici tudi povzročena po njih? Mnenja o tem so bila različna. Dočim so eni smatrali flagelate le za nenevarne spremljevalce vaginalnih fluorjev, so bili drugi (Hoene, Schmid, Kamniker itd.) mnenja, da je fluor brezdvomno povzročen po trihomonadah. Koelsch n. pr. pravi, da, čeprav ni ugotovljeno, ali je Trichomonas pravzaprav povzročitelj fluorja, je vendar gotovo, da se ob prisotnosti trihomonad poslabša normalna vaginalna flora. Glikogen vagine se izčrpa, odpornost tkiva se poslabša in tako je sekundarni infekciji po patogenih klicah odprta pot. Zadnji čas mnenje o patogenosti trihomonad vedno bolj prevladuje. Manjkalo je le

končen dokaz: pozitivno uspela precepitev čistih kultur trihomonade na drug organizem. To je uspelo Rodecort-u, ki je s čistimi kulturami trihomonade izzval obolenja na drugih organizmih ter tako patogenost te infekcije dokazal.

Kako se javlja obolenje? Žene tožijo o močnem iztoku, srbi in peče jih okrog vulve. V svežih primerih je sluznica vagine vnetordeča, žametno nabrekla, papile vidno prominirajo. Fluor sam je značilen: mlečno-gnojen, redkotekoč, svojstveno penast ter zbadajoče kislatega duha. Pogosto nastane zaradi fluorja okrog genitalij intertriginozen ekcem ali tudi Condylomataacuminata. Možne so razne druge komplikacije, kot Bartholinitis, Urethritis, Cystitis, pa tudi Cervicitis, Endometritis, skratka komplikacije, kot jih imamo pri gonoreji. V nasprotju z gonorejo, ki se začne vedno burno in se pozneje navadno unese, je Trichomoniasis v začetku navadno zelo neznatna, komaj zaznavna, a se pozneje lahko stopnjuje do neznatnosti.

V zadnjem času se vedno bolj množe poročila o trihomonadni uretritidi pri moških. Infekcija nastane vedno po spolnem občevanju z ženami, obolelimi za trihomoniao. To dejstvo daje trihomoniasi značaj spolne bolezni, ki kot taka po pomembnosti ne zaostaja dosti za gonorejo. Trihomonadna uretritida pri moških se javlja v malenkostnem, redkotekočem, belkastorumenkastem iztoku, ki traja lahko mesece in leta v večji ali manjši meri. Včasih se temu pridruži še hematurija. V literaturi se navajajo tudi komplikacije, kot Epididymitis, Deferentitis, Prostatitis. Tu nastane vprašanje, kako to, da so ob toliki razširjenosti trihomonad pri ženskah, infekcije pri moških tako redke. Rodecort, ki se je s tem problemom natančneje baval, je mnenja, da pokazujejo trihomonade v moški uretri oslABLJENO virulenco in da jim ta ne nudi tako ugodnih življenjskih pogojev kot ženski genitalni trakt. Dokazano je, da imamo moške nosilce trihomonad (kot imamo n. pr. bacilonosce tifusa, difterije), ki morebiti sami nikdar ne obole, ki pa lahko inficirajo žene. Zato bi morali — kot pri gonoreji — tudi pri trihomoniasi vselej vsakega partnerja temeljito preiskati. Diagnoza trihomonad pri moških je pa veliko težja kot pri ženskah. Iz svežega urina je treba nitke, če se nahajajo v njem, takoj v nativnem preparatu mikroskopično preiskati.

Zdravljenje trihomonias je bilo pred uvedbo Devegana nezadostno. Hoene je priporočal izpiranja s sublimatom 1 : 1000 in vložke z boraks-glicerinom. Sedaj imamo v Deveganu izvrstno sredstvo, ki prekaša vsa prejšnja. Devegana-ove tablete vsebujejo Spirocid, borovo kislino in na poseben način razcepljene ogljikove hidrate. Spirocid, znani anti-sifilitikum, se uporablja tudi zoper druge spirohetoze in različne bolezni, ki jih povzročajo protozoji (kot amebna dizenterija, Trypanosomiasis in Malaria); kot protoplazmatski strup uničuje trihomonade. Ogljikovi hidrati ščitijo izčrpane množine glikogena v vagini pred nadaljnim razpadom. Najprej je treba vso vagino z vato izbrisati, potem se vložijo dve tableti Devegana ob porciji. Po nekaj dneh zdravljenja imamo v vagini že prvi stadij čistosti. Pozneje dajemo le po eno tableto dnevno. Včasih je dobro za nekaj dni zdravljenje prekiniti, da si trajne oblike trihomonade, ki so se med zdravljenjem napravile, opomorejo in preidejo zopet v vegetativno obliko, ki je zdravljenju bolj dostopna. Zdravljenje cervicite se vrši s tuširanjem 1/2% tripaflavina. Zdravljenje uretritide je zelo težko. Priporočljivo je vlaganje 10% Yatren-paličic. Važno je vsekakor, da se ne omejimo samo na zdravljenje kolpitide, temveč moramo upoštevati tudi obolenje uretre, kajti reinfekcija vagine iz uretre je zelo pogostna.

Še težje je zdravljenje moške uretritide. Vbrizgavanje s Hydrargyrum oxycyanatum 1:4000 je uspešno. So pa tu še pogostnejše trajne oblike parazitov, ki se zajedo v epitelijske, od koder jih ni mogoče odpraviti.

Proгноza je pri sami kolpitudi dobra, slaba pa je pri uretritudi, tako ženski kot moški.

Kakor vidimo, je trihomonijaza zelo razširjena in trdovratno obolenje, ki mu bo treba odslej posvečati več pozornosti, če hočemo to infekcijo vsaj omejiti, če že ne popolnoma zatreti.

Literatura

- Ackermann: Die Trichomonas vaginalis Infektion, D. Ztsch., Zv. 71, št. 4
Rodecurt: Trichomonas Urethritis beim Manne, D. Ztsch. Zv. 74, št. 5
Grimm: Die Trichomonas vaginalis Urethritis beim Manne, D. Ztsch., Z. 59, 5
Koelsch u. Tsutsulopulos: Trichomonaskolpitis u. ihre Behandlung mit Devegan, Münch. med. Wschr., 1930., št. 40

Dr. PERŠIČ IVAN

ANEMIČNA STANJA V KIRURGIJI

S tem, da smo eliminirali iz organizma etiološke faktorje, ki povzročujejo bolezen, naša naloga še ni končana. Vsaka bolezen, pa naj se zdi še tako lokalnega značaja, je vedno stanje, ki napada celoten organizem. Vedno moramo imeti pred očmi ta aksiom, ki naj nam bo vodnik v terapiji. V kirurgiji imamo posla s kroničnimi in akutno nastalimi obolenji. Vsaka bolezen subakutnega ali kroničnega značaja črpa rezervne sile organizma. Klinično se nam pokaže škodljivi vpliv nokse v anemijah, ki jih medicina naziva sekundarne zaradi njih postanka. Kot tip take anemije smatramo lahko ono po dolgotrajnih kontinuiranih krvavitvah v gastro-intestinalnem traktu, kot jo srečamo pri krvavečem želodčnem čiru. Sekundarna je tudi anemija zaradi ahilije (agastrična anemija). V obeh primerih nastanejo v organizmu motnje v preosnovi železa. Kronično infekcijske bolezni izrabijo polagoma regenerativne sposobnosti kostnega mozga in dovedejo tem potom do težkih anemičnih stanj. Take kronične infekcije srečamo često v kirurgiji kot kronična gnojenja, empieme, osteomielitide, razne fistule, kostne tuberkulozne procese.

Razumljivo je, da ni dovolj, če v vseh navedenih primerih skušamo zdraviti samo žarišče bolezni s kirurškimi posegi. Tako zdravljenje bi morali označiti kot nezadostno. Naša terapija mora stremeti za tem, da čim bolj podpre vse obrambne sile organizma v njegovi borbi z boleznijo. Terapevtična sredstva morajo priskočiti v pomoč organom, ki so v tej borbi proti bolezni najaktivnejši in se zato tudi najprej izčrpajo, in to je kri ter ves hematopoetični aparat, predvsem kostni mozeg.

Od najstarejših časov je znana zdravilna moč železa pri anemijah. Heubner je v literaturi prvi opozoril nanjo. Znano je, da učinkuje le dvovalentno železo ali ferospojine. V človeškem organizmu je železo sestavni del vsake celice, največ ga pa najdemo v rdečih krvnih telescih. Železo služi kot element pri nastajanju rdečih krvnih telesc, in draži hematopoezo podobno kakor pospešuje fosfor rast kosti. Brez železa je torej nemogoče ustvarjanje novih krvnih telesc, oziroma se tvorijo manjvredna, ki kažejo znake mikro-, anizo-, poikilocitoze. Po težkih anemijah, kot so one, ko organizem počasi izgublja male količine krvi (ulcus san-

guinans, colitis ulcerosa), pa tudi po kroničnih boleznih (osteomyelitis, kostna tuberkuloza) je v organizmu naravnost pomanjkanje železa, ki ga moremo nadomestiti s tem, da ga dovajamo v obliki medikamentov. Kot katalizatorja pri preosnovi železa v hemoglobin nastopata dve kovini iz skupine težkih kovin, t.j. baker in mangan. Od teh je baker sestavni del krvi. V mnogih primerih, kot je klinično dokazano, sekundarne anemije na čisto terapijo z železom ne reagirajo, izzzdravijo se pa, ko uvedemo v telo železo in baker obenem. Tako nam važnosti bakra ne dokazuje samo fiziološka kemija, temveč jo potrjuje klinična izkušnja. Baker ima poleg tega še lastnost, da deluje kot obči tonikum in povečuje fagocitozo. Drugi je mangan, kovina sorodna železu, ki deluje kot katalizator in so ga čisto priporočali pri anemijah. Kadar vidimo v praksi sekundarno anemijo po dolgotrajnih manjših krvavenjih, kakor tudi anemijo po večji enkratni izgubi krvi, ni dovolj, da zaustavimo izvor te krvavitve. Preskrbeti moramo, da dobi organizem dovolj nadomestnih snovi za izdelavo novih krvnih elementov (železo). Kostnemu mozgu je treba pomagati z dovajanjem katalizatorjev (baker, mangan), ki mu omogočijo ustvariti nova polnovredna telesca. Kombinirana terapija železa, bakra in mangana (Birobin) mora biti zato v vseh takih primerih uspešna.

Leta 1926. sta uvedla v terapijo perniciozne anemije Minot in Murphy jetra. Zdi se, da dovajamo z jetri organizmu substanco, ki je potrebna za ustvarjanje eritrocitov. Znanstveniki so skušali izolirati aktivni princip jeter. Efekt njih dela so jetrni ekstrakti v obliki injekcij, ki so mnogo učinkovitejši, kot je bila prvotna terapija z jetri, in obenem tudi mnogo prijetnejši za pacienta. Kajti večina bolnikov je dobila po krajšem ali daljšem dietetičnem zdravljenju z jetri tako averzijo proti njim, da jih ni mogla več uživati. Ta moment pri industrijskih preparatih odpade. Castle je našel v želodčni sluznici takozvani Intrinsic factor, ki stimulira hematopoezo. Organski preparat Ventrocythol vsebuje antianemične materije želodca. Klinična izkušnja je pokazala, da je isti preparat učinkovit kot stomachicum pri pomanjkanju apetita predvsem pri tuberkuloznih bolnikih. Navedena dejstva so važna tudi za kirurga. Znano je, da nastopajo po resekcijah želodca anemična stanja, ki jih lahko prištevamo med agastrične anemije. Imel sem priliko opazovati več takih bolnikov. Resectio ventriculi je bila narejena lege artis in bolnik ni imel več težav s strani želodca, pa vendar je kazal znake anemije. Vsi ti primeri so izvrstno reagirali na terapijo z jetrnimi ekstrakti (Procythol, Ventrocythol). Zdi se mu zato umestno poudariti, da je potrebno tudi kirurškim bolnikom po operativnem posegu zdravljenje z roboransi. Moderna farmakologija nam daje dober izbor zdravil, ki jih lahko ordiniramo individualno.

Zdraviti anemična stanja samo z enim elementom ni dovolj. Anemija je potuhnjen sovražnik bolnikovega zdravlja. Čim se pojavi, je treba proti njej ordinirati vse, kar nam materia medica daje na razpolago. Pri tem je potrebno ozirati se na značaj anemije. Birobin, ki ima v sebi vse aktivne antianemične principe (jetra, želodčno sluznico, železo, baker, mangan), je medikament izbora agastrične anemije. Anemije po resekcijah želodcev ravno tako dobro reagirajo nanj. Da pripomoremo organizmu po težkih infekcijskih boleznih do hitrejšje restitucije, da podražimo njegov kostni mozeg, da mu nudimo elemente za sestavo krvi, zato je Birobin kot ustvarjen, posebno še, ker vsebuje tudi mnoge vitamine. Temeljni kamen naše terapije v rekonvalescenci in pri sekundarnih anemijah v kirurgiji je dobro kombinirana antianemična terapija, ki ji priključimo še zdravljenje z vitaminskimi preparati.

MALARIJA V LJUBLJANI PRED STO LETI

(Nadaljevanje)

Pitna voda

Str. 86 i. sl.

.....Kolikor je meni znano, ni še nihče brez kazni delj časa pil močvirsko in barjansko vodo v tem kraju. Oni, ki so to v hipu zagrešili, so bili večinoma delavci, ki bi sicer omedleli od žeje in ki niso imeli na razpolago nobene druge vode. Z ozirom na to, da je pri njih že sam močvirski in barjanski zrak nagibal k bolezni, je ta temprej izbruhnila ob priliki takega požirka in sicer največkrat v obliki hude žolčne polutretje-dnevne mrzlice². Spričo tega se mi zdi, da nastaneta sledeči razliki: če piješ šotno vodo, sledi znatni zlom moči, nagibanje k čezmernemu potenju in k dolgemu poteku bolj plazeče se kot burne vročice, nasprotno pa nastane, če piješ ilovnasto vodo iz močvirske cisterne, nagnenje k telesni zapeki in vode-ničnosti.

.....Končam z željo, da bi se nam kmalu posrečilo vpeljati v tukajšnje kraje arteške studence predvsem za naseljence na Barju.

Telesne lastnosti (prebivalstva)

Str. 122 i. sl.

Priznано je, da vpliva podnebje svojstveno na uravnavo in snovanje telesnega izraza vseh živih bitij.

.....Med notranjimi organi se odlikujejo jetra, včasih tudi vranica po velikem obsegu vsled prirojenega nagona pljuč (ki zavaljo omenjene kakovosti zraka ne morejo prav popolno dihati), k vikarirujočemu izločevanju in razvitku.

.....Pri opisu telesne kakovosti sem vzel za vzgled bolj Kranjca v splošnem kot Ljubljancana, ker redko najdemo nepretrgano vrsto pokolenj, ki bi se zadrževala stalno na enem mestu (Valvazor XI. str. 705) ter ne da bi pomešala svojo kri tudi s tujedeželsko. Individui teh (redkih) rodbin se tembolj oddaljujejo od mnogih omenjenih telesnih lastnosti, če stanujejo v nižje ležečih krajih mesta, kjer prehajajo od roda na rod njih nekdanje življenske razmere ter posledice svoječasne zamočvirjenja. Tem individuom pa je namreč bolj svojstvena nekaka ohlapnost in zabuhlost kot teznost tkiva, barva (kože) je predvsem blede, včasih prstena, obraz je brezizrazen, pogled moten, govor pojoč in zategnjen, sposobnost ploditve neznatna, limfni sestav nedelaven, puls majhen in slab, prebavni kanal zasluzen in žleze spodnjega dela telesa, posebno jetra, izredno velika. (Monfalcon-Baumes, Preisschrift über die Krankheiten, welche von den Ausdünstungen stehender Wasser und sumpfiger Gegenden herrühren... Leipzig 1792).

² Za „Wechselfieber“ rabim v slovenščini kar mrzlica, kar bi odgovarjalo malariji v današnjem smislu. (Op. prev.)

Pod stacionarnim ali stalnim bolezenskim karakterjem razumevamo posebno razpoloženje življenske delavnosti, ki vlada med živimi bitji skozi vrsto let in spriči katere se nekatere boleznirazvijajo hujše in pogostejše, druge zopet redkejše in nepopolnejše.

Izvedenost pozna dva polarno nasprotna stacionarna bolezenska značaja: vnetljivi s prevladujočo pnevmonično in nervozni s prevladujočo gastrično podlago (to je mnenje večine avtorjev. Jaz pa smatram razlikovanje med vnetljivo in kahektično bolezensko konstitucijo — pri zadnji je organska podlaga gastrično-nervozna — za primernejšo). Nervozni značaj bolezni je začel po vsej Evropi v devetdesetih letih prejšnjega stoletja in se je umaknil leta 1809 vnetljivim boleznim. Od leta 1827 so pri nas kot povsod drugod te bolezni v pojemanju, gastrično-nervozna, posebno kahektična obolenja, pa naraščajo.

Da je tukaj, kakor drugod, nervozna stacionarna bolezenska konstitucija neugodnejša, je razvidno iz primerjave let. Najusodepolnejše leto v tej periodi je bilo leto 1797, ko je razsajal tifus. Visoka umrljivost v letih 1793 in 1801 je bila v zvezi z osepnicami. Zdravniki one časovne dobe so bili torej primorani manj puščati kri in večina je prisegala na zastavo vzbujajočega se brownianizma, ki so ga časovne prilike pospeševale. Toda že v letu 1807 niso več izhajali s to metodo, kar naj nam dokazuje večje smrtno število tega leta. Kajti stalni bolezenski genius se je začel obračati in je že leta 1811 takorekoč izginil. Od tega leta dalje so se primerila, kot v Evropi sploh, pogostokrat vnetja in število mrzlic se je znižalo. Posledica tega je bila manjša umrljivost. Puščanje krvi je postalo bolj često in se je podvezemalo do leta 1822 z rastočo srečo.

Leta 1823 sem nastopil tukaj svojo življensko pot kot zdravnik in opazil znatno nazadovanje stalno vladajočega vnetljivega značaja, predvsem v kataralno-revmatičnih obolenjih s stopnjevanjih od časa do časa, dokler niso končno v jeseni leta 1827 pri stanovitno vlažno-mrzlem vremenu in nizkem stanju barometra dobile premoč revmatično-gastrične in kataralno-gastrične oblike bolezni z jasnim nagibom k nervoznemu stanju. Od tega časa se je število mrzlic silno pomnožilo, žolčne vročine in grize so postale najzvestejše spremljevalke poletja. Gastrični osnovni značaj se je vidno množil in podoba je, da še do danes ni dosegel vrhunca, čeprav je on in njegov posledični značaj kahektičnim bolezenskim podlagam tako nevaren, da je v letih 1831 in 1832 poskočila umrljivost za eno petinko v prvi vrsti kot posledica kroničnih bolezni. Potemtakem smo v zadnjih letih utrpeli, ne da bi do sedaj opazili kolero, ki je najvišja oblika stopnjevanja zdajšnje stalne konstitucije, izgubo populacije, ki lahko velja za ekvivalent srednje hude epidemije kolere. Mimo tega je bilo opaziti vsa ta leta očitno oscilirujoče nagnjenje k driskam in bljuvnim grizam, ki so pa očitvidno prenehale kolikorkratkoli se je raznesla mrzlica z obnovljeno močjo. Isto so opažali v Italiji (prof. M. Steer). V maju in juniju leta 1833 je vladala tam pri nenavadno toplem, suhem, pozneje

³ Zaradi lažjega razumevanja snovi sem onim bralcem na ljubo, ki nimajo dovolj vežbe v branju medicinsko historičnih tekstov in zavoljo boljšega vpogleda v stanje takratne vede v patoloških vprašanjih, sprejel v to poglavje malo več kot je potrebno za raziskavanje zgodovine malarije v Ljubljani. (Op. prev.)

hladnem vremenu in skoraj ugasli mrzlici gripa (influenca), ki je napadla brez škode skoraj polovico prebivalstva in čije kataralični in vročinski simptomi so se združili z gastričnimi primerki.

Da je to menjanje opisanih dveh bolezenskih konstitucij vezano na določen potek vremena in se izkazuje in ponavlja ne samo v fizičnih, temveč tudi moralčnih zadevah, o tem prav nič ne dvomimo, posebno če primerjamo meteorološke, patološke in politične pojave devetdesetih let prejšnjega in tridesetih let sedanjega stoletja. Letnika 1791 in 1828 namreč nista imela samo čisto enako vreme, temveč sta, kar je moj ranjki učitelj in prijatelj K. K. Haberle pravilno prerokoval v enem izmed meni poslanih pisem, otvorila popolnoma enak cikel vlažnih in hladnih let po vsej Evropi.

Drugo vprašanje pa je, v katerih določenih časovnih obdobjih imamo pričakovati povratek ene stacionarne bolezenske konstitucije. O tem razpravljati sicer ni smoter topografije, vendar pa lahko nudi iz preteklosti nekatere migljaje, čeprav v tej zadevi ne moremo pokazati nobenega drugega oporišča kot meteorološko-medicinska opazanja, katera je z malimi presledki zapisoval Marko Grbec od l. 1679 do 1717. Po poročilih tega marljivega in zvestega opazovalca so bila leta 1697 do 1699 hladna in vlažna. V hladnejših letnih časih so se pojavila revmatično-kataralična obolenja, sicer pa preko vsega leta mrzlice, kolike, diareje, dizenterije, petehialne vročine in leta 1699 pomembna eksantematična (tifus) epidemija, ki jo je Grbec nazval morbilli maligni, pozneje pa febris petechialis. Od tega časa so se množile revmatično-kataralične in vnetljive bolezni. Od 1702—1708 pa od leta 1711 nimamo nobenih opazovanj, najbrže zaradi tega, ker je bil bolezenski značaj tistikrat prevladujoče milo-vnetljiv in število bolnikov majhno. Od te dobe je bilo vreme zelo nestanovitno. Bile so enkrat zelo stroge zime, kakor leta 1709, 1712, 1716, drugič zopet mile, kakor leta 1710, pa zopet zelo mokro-hladne pomladi kakor leta 1710, 1712 ter prav taka ali zelo vroča poletja kot leta 1717 ali skozi vse leto jako spremenljivo vreme kot 1713 in 1714. Bilo je razen revmatično-kataraličnih in gastričnih obolenj predvsem mnogo drisk, griž, mrzlic, kaheksij (ftize, vodeničnosti), kolik, hipohondrij, splavov itd. Posebno mnogo je bilo bolnikov in umrljivosti v letu 1714, ko so imeli v Judenburgu in drugod kugi slične primere, v Ljubljani pa različne bolezni, med njimi skoro vse vročinske eksanteme. Leta 1715 je vladala tukaj mnogo hujša tifuzna vročica kot leta 1699, o kateri pravi Grbec: *epidemia erat parum a peste recedens*.

Značaj epidemične konstitucije letnih časov

Str. 144 i. sl.

Zima izkazuje v našem kraju od vseh letnih časov največ obolenj. Njen prvenstveni plod je katar, ki pri divergirajočem zoženju mnogih primerov zdrkne enkrat do dušljivega kašlja, drugič se stopnjuje do vnetja sapnika. Če priračunamo k temu še vnetje pljuč in reberne mreže, pljučne jetike in ostale prsne bolezni, dobimo na ta način eno tretjino bolezenskih primerov, ki se pojavljajo po zimi. Drugo mesto za kataraličnimi obolenji zavzemajo gastrične in revmatične bolezni. Prve znesejo z mrzlicami, vnetji žrela, želodčnimi krči, kolikami, driskami in ostalimi obolenji trebuha drugo tretjino. Omembe vredne so še sledeče bolezni: epilepsije in konvulzije, hipohondrija in histerija, škrofule, vnetja oči, ušes, možgan, jeter, živčne vročice, kapi, astmatični napadi itd. Umrljivost je po zimi od vsega leta najneugodnejša. V moji praksi je umrl vsak šestnajsti

BETAXIN

**prvi sintetsko prirejen
vitamin B₁**

Za oralno in parenteralno uporabo pri
nevritidah in nevralgijah

kot na pr. pri nevritidah med nosečnostjo in
v puerperiju, polinevritidah, nevritidah opti-
kusa kot posledice alkohola; nevralgiji trige-
minusa in interkostalnih nevralgijah, nadalje
pri beri-beriju, funikularni mijelozi in postdif-
terični ohromelosti.

ORIGINALNI OMOTI:

Betaxin:

škatlja z 3 amp. po 1 ccm = 1 mg vitamina B₁

škatlja z 3 amp. po 1 ccm = 2 mg vitamina B₁

Betaxin »stark«:

škatlja z 3 amp. po 1 ccm = 10 mg vitamina B₁

Betaxin tablete:

cevnica z 20 tabl. po 1 mg vitamina B₁

Pedeset let



ZDRAVIL



2337a (3107)

»Bayer«

Leverkusen a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.

BEOGRAD — ZAGREB

Devegari

v kliniki in praksi
preizkušan tera-
pevtikum pri

fluor albusu

Uničava brzo vzročni-
ke bolezni in vzpo-
stavlja normalno čisto-
čo v vagini, ker nado-
poljni izčrpljene zaloge
glikogena. Izredno do-
bro deluje tudi pri tri-
homonadni kolpitidi.

Čista in ugodna
uporaba.

ORIGINALNI OMOTI:
škatlja s 15 in 30 tabl.



»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD — ZAGREB

bolnik. Polovica umrlih je podlegla pljučnim boleznim; sami pljučni jetiki približno ena tretjina, pljučnici ena desetina itd.

Manj bolnikov imamo s pomladi. Trebušna obolenja dajo več kot polovico vseh bolezenskih primerov, prsne bolezni komaj eno četrtno. Najpogostejše se javijo mrzlice, za čijih spočetje je ta letni čas najpripravnejši. Njim sledijo gastrična obolenja, katarji, revmatizmi, za njimi vnetja pljuč in rebernice, škrofule, pljučna jetika, vnetje žrela, želodčni krč in kolika, dušljivi kašelj, epilepsije, konvulzije, bledičnost, kapi, krvavitve iz nosa, pljuvanje krvi, vnetje oči in ušes, zlatenica, obstrukcije, hipohondrija, histerija, astmatični napadi itd. — Umrljivost je ugodnejša kot pozimi. Vsak dvajseti od mojih bolnikov je umrl. Na pljučih boleznih jih je umrlo nekaj več kot tri osmine, na boleznih v glavi ena tretjina, med njimi največ od kapi.

Se bolj pada število poleti, posebno pri vnetljivi stacionarni bolezenski konstituciji. Dve tretjini bolezenskih primerov se nanaša na trebušje. Prsne bolezni se omejuje na nekaj več kot na eno osmino. Bolezni v glavi se manjšajo. Gastrične, posebno žolčne vročice, ki bolnika zgrabijo, pa zopet popuste, potem mrzlice in griže so na dnevnem redu. Njim se priključijo driske, bljuvne griže, želodčni krči, kolike in živčne vročice. Pogostejši kot zadnji so katarji in revmatizmi. Vnetja pljuč, porebernice in žrela ne stopijo čisto v ozadje. Vnetja možgan so večkrat pogostejša kot spomladi. Tudi je nemalo primerov krvavitve iz nosa, pljuvanja krvi, škroful, zlatenice, obstrukcij, epilepsij, konvulzij itd. — Umrljivost je najmanjša v vsem letu. V mojem zdravljenju je umrl vsak triindvajseti bolnik. Vsled bolezni glave, prs in trebuha je umrlo skoraj enako število. Največ od jetike pljuč, od organske okvare trebušnega droba in od možganskega vnetja.

V jeseni je doseglo stanje bolnikov v dveh od petih let najmanjše število. V treh letih je bilo večje kot poleti. Polovica primerov pripada trebušnim obolenjem. Prsne bolezni se povzpnejo na več kot eno četrtno. Bolezni glave ni v nobenem letnem času tako malo. Prevladujejo še gastrična obolenja, njim sledijo mrzlice, revmatizmi in katarji. Živčne vročine, ki imajo svoj vzrok v trebušju, rastejo in so v tem letnem času najpogostejše. Temu nasproti pojemajo driske, posebno griže. Med množee in pošlábšujoče se bolezni spadajo še: vnetja pljuč, sapnika in njegovih razcepkov, reberne mrene, žrela, oči, ušes, astmatični napadi, vodenice in obolenja srca. Zmanjšajo se epilepsije, konvulzije, vnetja možgan, pljuvanje krvi, pljučne jetike, bledičnosti, krči trebuha, škrofule. — Umrljivost se vzdiguje ter je neugodnejša kot spomladi. Od osemnajstih bolnikov mi je umrl eden. Največ jih je umrlo za pljučnico, ki se pogosto pridruži vnetju reberne mrene, za pljučno jetiko, od astmatičnih napadov in njih posledic, pa od živčnih vročin, v splošnem več vsled bolezni pljuč kot trebuha.

Lokalni bolezenski značaj

Str. 147 i. sl.

Iz prejšnjega poglavja zaključujemo, da so pri nas ob vsakem letnem času najštevilnejše prisotne gastrične, intermitirujoče, kataralične in revmatične bolezni, ki potemtakem tvorijo osnovne oblike krajevne bolezenske konstitucije.

Pod označbo gastričnih obolenj smo sprejeli vsa saburalna, žolčna, sluzasta in črna stanja prebavnega kanala brez ali z vročino, z ali brez nagnjenja k menjajočemu se tipu. Mnoga od teh bolezenskih stanj, kakor

tudi naravnost nanja priključujoče se driske, griže, živčne vročine, kolike itd., so prvotno obolenja sluznice, včasih serozne kože prebavne cevi in jih je treba od tod največkrat pripisovati kataraličnim, potem revmatičnim obolenjem. Zavaljo tega moremo mrzlicam tembolj dati prednost nadoblasti, ker ostale vrste bolezni, če potekajo z vročino, inklinirajo zelo pogosto več ali manj jasno k poteku mrzlice ali tudi, čeprav so brez vročine, sprejmejo krinko take vročine, ki se vrhtega rada pojavi.

Kot posledica tega kažejo tukaj skoro vse remitirajoče vročine dvojni tri-dnevni tipus in lažje oblike iste, posebno ones kataralično ali revmatično podlago, imajo zelo razločne remisije, ki nastopijo v največji množini primerov zjutraj. Grbec imenuje take primere naravnost febris tertiana duplex continua in je sam večkrat trpel od njih (Chronol. med. pr. p. 161 — posebno se je to dogajalo spomladi).

V teh krajih pa se pojavile redko primarna mrzlica, ki ne bi nastopila z gastrično zvezo in ta je sploh običajen spremljevalec tukajšnjih ljudskih bolezni, posebno kataraličnih in revmatičnih obolenj.

..... Vse te oblike bolezni so več ali manj odvisne, kot je bilo razvidno iz prejšnjega poglavja, od letnih časov in so najnavadnejše ljudske bolezni široko po deželi, posebno v nižinah, ki so izpostavljene ostrim vetrovom in ležijo visoko v primeri z morsko gladino. Zatorej takih bolezni ne bo nikdo imenoval tem krajem lastnih ali endemičnih.

Postavimo torej sledeči stavek:

V Ljubljani imamo po eni plati mrzlice s pretežno gastričnim značajem, potem gastrične bolezni, čijih držeče-popuščajoci vročinski tip mnogokrat preide v menjajoči, po drugi plati kataralična obolenja posebno dihalnih organov in revmatizmov z bližnjo tendenco k intermisiji. To so najvažnejše osnovne oblike prevladujočih, večkrat bolj k asteniji nagibajočih se ljudskih bolezni. Lokalna bolezenska konstitucija je torej: gastrično-katar-revmatična s prevladujočim nagibom k intermitirujočemu tipu.

Mrzlice so torej pri nas skupne obema oddelkoma gastričnih in katar-revmatičnih bolezenskih oblik in ker so povsod prvim posebno naklonjene je tem manj čudno, če mnogoštevilne oblike trebušnih bolezni prevagajo tukaj vsa ostala obolenja. K temu sledeča shema:

Vladajoče krajevne bolezni

Pretežno:

V hladnejših letnih časih in
v severni polovici mesta

V toplejših letnih časih in
v južni polovici mesta

Po pogostem nastopu:

I. družina

Katar dihalnih organov
Pljučnica
Dušljivi kašelj

II. družina

Mrzlice⁴
Gastrična obolenja
Bolezni od črvov

⁴ Omembe vredno je, da, medtem ko mrzlice med vsemi tukajšnjimi boleznimi dajejo prednost gotovemu delu mesta v bližini Barja, obiskujejo te mrzlice

Vnetje žrela
Vnetje sapnika
Pljučna jetika
Pljuvanje krvi

Žolčna vročina
Griza
Driska
Tok iz maternice

III. družina

Zunanji revmatizem
(Bolečine zob, gniloba zob
Bolečine v ušesih, naglušnost)
Vnetje rebrne mreže

IV. družina

Škrofula
Blédičnost
Hipohondrija, histerija
Obstrukcije

Želodčni krč, kolika, protin:

V. družina

VI. družina

Epilepsija in konvulzije
(Čeljustni krč novorojencev)
Vnetje možgan, živčna vročina

Vodeničnost
Uljesa na nogah
itd.

Če vprašamo po intenzivni moči tukaj obravnavanih krajevnih bolezni ali po merilu umrljivosti, bomo našli, da ista ne odgovarja ekstenziji s tem, da na vladajočih preprostih kataraličnih, revmatičnih in gastričnih afekcijah komaj kdo umre in vsepovsod segajoče mrzlice niti često ne grozijo s smrtno zlobnostjo, niti niso redko premagljive. Najbolj smrtna bolezen v tem kraju je čeljustni krč novorojencev (85.71% umrljivosti). Potem sledijo: pljučna jetika (71.27%), starostna oslabelelost (62.50%), trebušne in prsne vodenice (40.74% in 40.62%), vnetja možgan (35.21%), zatrdelosti in zagnojenja različnega trebušnega drobja (skupno 34.92%) in kostna gniloba (48.18%).

(Dalje prihodnjič)

O zdravnikih in zdravilstvu*

Prav imajo oni, ki trdijo, da poznamo dobrega kirurga bolj po tem, kar ne operira, kot pa po tem, kar operira.

E. Liek.

Kdor je reven in bolan, njega je zadela najhujša usoda, njemu moramo zato v prvi vrsti pomagati.

C. Thiersch.

Dvojna je vrsta pisateljev: takšni, ki pišejo radi stvari in takšni, ki pišejo radi pisanja.

Schoppenhauer.

nič manj pogosto tudi skrajno Poljansko predmestje, ki leži na nasprotni strani Gradu kot najbolj oddaljeni del mesta od Barja. Ta točka pa je izpostavljena močvirskim vetrovom po ozki dolini, ki jo preseka Gruberjev kanal med Gradom in Golovcem.

* Iz „Das Aerztebüchlein“ od W. Klussmann. Založba; G. Thieme — Leipzig.

THERAPEUTICA

Dr. Giovanni Licheri: „Askorbinska kislina pri očesnih krvavitvah.“ (Lettura oftalmologica 1937, Oktober).

A. omenja 14 slučajev očesnih krvavitev (spontana, traumatična, recidivirajoča) ki jih je v večini slučajev ozdravil s Cebionom. Iz teh slučajev A. sklepa, da askorbinska kislina ugodno vpliva na resorpcijo krvi v očesu. Dva slučaja s krvavitvijo v retino sta po injekciji Cebiona v kratkem času ozdravela. Vendar je to premajhen material, da bi se moglo z gotovostjo reči, da askorbinska kislina ugodno vpliva na resorpcijo krvi v retini.

Dr. H. Schroeder: „Problem presnove C-vitamina“ (Dtsche med. Wchschr. 1938, No. 14, S. 469).

A. je po Wolfovi, Emmerijevi in van Eckelenovi metodi naredil več sto poizkusov, da bi določil C-vitamin v krvi. Pri normalnih okoliščinah in pri dobro sestavljeni hrani je dobil povprečno 8–12% C-vitamina v krvi. Nižjo množino C-vitamina je dobil pri hrani, ki je vsebovala malo C-vitamina, kakor tudi pri večini obolenj, posebno pri infekcijskih boleznih. Poizkusi so pokazali, da po intravenoznem ali oralnem dovajanju Cebiona množina vitamina v krvi raste, na drugi strani pa pada pri hrani, ki vsebuje malo C-vitamina. Pri fizičnem delu množina C-vitamina v krvi pade skoraj na polovico normale. Količina vitamina C v krvi je vedno večja kot v urinu.

Dr. Th. v. Uexküll: „Zdravljenje težkih simetričnih ramenskih artralgi pri struma basedowificata.“ (Dtsche med. Wchschrft. 1938, No. 14, S. 497).

64-letni bolnik s struma basedowificata je dobil močne ramenske artralgijske, ki niso reagirale na nobeno terapijo. A. je začel z Betabionom forte najprej dnevno, pozneje pa vsak drugi dan po eno ampulo. Po 18 injekcijah so bolečine prenehale in ramenski sklepi so postali gibljivi. A. je mnenja, da v tem slučaju delovanje vitamina B ni bilo samo na odstranitvi hipovitaminoze radi hipertireoze, temveč mu pripisuje nespecifično terapevtsko moč.

Doc. dr. Johann Mosonyi in doc. dr. Zoltán Aszodi: „Vpliv vita-

mina B in C na Langerhansove otočke preko vagusa.“ (Klin. Wchschrft. 1938, No. 10, S. 337).

A. je dognal pri ljudeh z zdravo preosnovo, kakor pri diabetičnih, da vitamina C₁ in B₁ injicirana intravenozno povzroči padec krvnega sladkorja, istočasno pa paralelno povečano tvorbo Insulina. Na podlagi teh poizkusov je mnenja, da vitamina B₁ in C₁ aktivirata Langerhansove otočke. Pri sedmih diabetičarjih je s to terapijo dosegel lepe uspehe. Z dalj časa trajajočo terapijo z B₁ in C₁ lahko dosežemo včasih tudi popolno substituiranje Insulina, zelo lahko pa dosežemo gotovo toleranco napram ogljikovim hidratom.

Dr. J. W. Wirtz: „Klinične izkušnje pri nevroloških obolenjih z vitaminom B₁ in C „Merck.““ (Med. Klinik 1938, No. 14, S. 471).

A. opisuje tri slučaje — med njimi enega zelo težkega — progresivne mišične distrofije, pri katerih je s terapijo vitamina B₁ in C uspel. Dnevno je dajal in to dolgo časa 10 mg vitamina B₁ in 50 mg vitamina C intravenozno, nakar se je dinamična moč mišičevja zboljšala, ne da bi aktivna miškulatura hipertrofirala. Po postmielitični ohromelosti je v 10 slučajih dajal vitamin B₁ in C intravenozno, v težjih slučajih intralumbalno, vedno z odličnim uspehom.

Dr. Luiz Guimarães: „Ozdravljenje težke hyperemesis gravid. z vitaminom C.“ (Annaes Brasil. de Gynecol. 1938, Bd. 5, No. 1, S. 18).

Pri prvič noseči je v tretjem mesecu nastopilo močno bruhanje, ki po običajni terapiji nikakor ni prenehalo. Po injekciji Cebiona se je subjektivno in objektivno stanje kmalu zboljšalo. Po odhodu iz klinike je naprej jemala dnevno 1 tableto Cebiona in nosečnost je naprej potekala normalno. A. je mnenja, da gravidna intoksikacija in predvsem hyperemesis temeljita na spremenjeni presnovi ogljikovih hidratov in mineralijev. A. misli, da vitamin C ugodno deluje na motnje v nosečnosti, ker stimulira funkcijo korteksa suprarenalk.

Dr. Elisabeth Urbanitzky: „Delovanje Cebiona pri dojenčkih s prebavnimi motnjami.“ (Ztschrft f. Kinderheilkunde, 1938. Bd. 59, H. 5 S. 531).

APETIT, MOČ, ZDRAVJE DAJE **B I R O B I N**

„KAŠTEL“

ORGANO-FARMAKOTERAPEVTSKI
REGENERATOR KRVI

ROBORANS SREDSTVO ZA ODEBELITEV

TABLETE

Želodčna mukoza, železo, baker, mangan
Orig. škatljice s 100 draž. tabletami

SIRUP

Ekstrakt jeter, železo, baker, arom. vino
Orig. steklenica z 200 g. sirupa

VZORCI IN LITERATURA NA ZAHTEVO

Kaštel d.d.

Zagreb

SIROP FAMEL

LAHKO TOPLJIVI LAKTOKREOZOTOV PREPARAT

Najbolje sredstvo proti kašlju,
bronhitidi, pljučni tuberkulozi in
kataralnim obolenjem dihal.

Vsebuje pravi bukov kreozot v
kombinaciji, katero lahko pre-
naša tudi najbolj občutljiv bolnik.

Odrasli: 2—3 velike žlice

Otroci: 2—3 male žlice

čistega ali s toplim čajem.

V prometu se nahaja
v velikih steklenicah po 250 gr.
in malih steklenicah po 125 gr.

Literaturo in poskusne stekle-
nice pošilja gg. zdravnikom:



ODIO FAMEL, ZAGREB, HATZOVA 14

PRI KOŽNIH BOLEZNIH

kakor so: EKCEM, PSORIASIS, URTICARIA, HERPES ZOSTER
ABSCESI, VARIKOZNE RANE, AKNE, OKVARE PO
CEPLJENJU PRIPOROČAMO

ANTIPHLOGISTINE

samo ali, kjer bolnika zdravimo z
obsevanjem in na druge načine,
vsaj kot adjuvans.

OZMOTIČNO — DEKONGESTIVNO
BAKTERIOSTATIČNO — ANTIPRURI-
GINOSUM — DETERGENTIUM

Antiflogistina ni nastala „slučajno“ — sestavljena je na podlagi dolgotraj-
nega znanstvenega dela.

VZORCI IN LITERATURA BREZPLAČNO

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co.

NEW YORK U. S. A.

BRAĆA JOVANOVIĆ

ENGLESKA DROGERIJA

KNEZ MIHAJLOVA ULICA 33, BEOGRAD

Jugoslavenko SIEMENS D. D., Odeljenje za medicinsko tehniko

Tyrševa cesta 1a/II.

LJUBLJANA

Tyrševa cesta 1a/II.

Zastopstvo za Slovenijo:
Ljubljana, Tyrševa 1a/II, Telef.
2102 (Wellej) in Ljubljana,
Tyrševa 35a, T. 4873 (Roblek)

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

60 otrok z akutnimi in kroničnimi prebavnimi motnjami, med njimi dva slučaja z alimentarno intoksikacijo, je dobivalo Cebion v glavnem intravenozno (1 ccm pri starejših, 0,5 ccm pri dojenčkih pod dva meseca starosti). Pri lažjih slučajah je zadostovala ena injekcija, pri težjih in starejših slučajah pa se je stanje zboljšalo po treh do štirih injekcijah: bruhanje je prenehalo in stolica je postala normalna. Pri alimentarni intoksikaciji sta bili potrebni dnevno dve injekciji. Pri distrofičnih otrokih z vedno recidivirajočimi enteritidami je A. dosegla krasne uspehe s Cebionom (tri do štiri dni intravenozno, nato osem do deset dni intramuskularno).

Dr. Ludevit Billeš: „Terapije sekundarne anemije pri otročjih poliartridih.“ (Čas. lékařů českých, N. 50, s. 1980).

Za zdravljenje anemije in splošne izčrpanosti priporoča A. Optonicum, ki se je izmed vseh preparatov najbolj obnesel. A. je zdravil z imenovanim preparatom 200 otrok s težko anemijo pri poliartridih. Bolniki so vkljub intenzivni fizikalni terapiji stalno dobivali na teži in to tedensko do 400 g. Število rdečih krvnih zrnec se je povečalo na normalo.

Dr. P. A. v. d. Hoeven: „Polyneuritis gravidarum s Korsakow-o psihozo.“ (Nederland. Tijdschr. voor Geneeskunde 1938, Nr. 8, S. 873).

A. opisuje težek slučaj polyneuritis gravidarum s Korsakow-o psihozo, ki je začel s hyperemesis. Po prekinitvi nosečnosti je bruhanje sicer prenehalo, toda prišlo je do popolnega izbruha Korsakowe psihoze in tudi polyneuritis se je poslabšala. Z Betabionom forte se je duševno in telesno stanje kmalu zboljšalo, za par mesecev pa so se neuralgične bolečine in Korsakow-a psihoza popolnoma izgubile. Na podlagi tega pride A. do zaključka, da hyperemesis gravid. povzroča pomanjkljivost B 1. Tedensko tri injekcije Betabiona forte zadostujejo, da ne nastopi bruhanje.

Dr. Werner Lungwitz: „Terapija in indikacija z vitaminom B.“ (Fortschr. der Therapie 1938, Heft 3, S.144).

Dva težka slučaja polyneuritis alcoholica in agastrične anemije, po en slučaj od herpes zoster, acroparesthesie in neuritis lumbosacralis je A. z intenzivno Betabion-terapijo ozdravil. Elektivno analgetično svojstvo Betabiona, ki ga vsebuje razen specifično-vitaminskega, se je posebej jasno pokazalo pri slučaju herpes

zoster. Pri gastričnih slučajah naj se Betabion daje parenteralno. Za uspešno terapijo morajo biti doze Betabiona velike. Kakih neprijetnih pojavov radi relativno visokih doz ni bilo.

IZ ČESKE MED. LITERATURE

CASOPIS LEK. ČESKÝCH

št. 40—47 letnik 1936.

John Parkinson (London): **Bolečina srca.** Večina obolenj srca povzroči v prvi vrsti težave dihanja, med tem ko je bolečina srca predvsem simptom angine pectoris, ki pa je obolenje sui generis. Anginozne bolečine se lahko pojavijo tudi pri drugih boleznih, ki pa ne izvirajo iz koronarnega obolenja, n. pr. pri paroksizmalni tahikardiji, težkih anemijah, revmatičnih obolenjih srčnih zaklopk, osobito pri aortalni insuficienci. Vendar gre pri teh obolenjih za simptomatične anginozne bolečine. Patološki substrat koronarnega obolenja je baš karakteristična baza prave angine pectoris in sicer angine iz navora ali angine iz koronarne tromboze, dvojce oblik, ki predstavljata klinično in patološko eno bolezen. Etiološko se bolnik nerad uda v to, da je vzrok v samem centru njegovega organizma. Vsi poskusi, vsiliti v predstavo etiologije razne druge faktorje, so ostali negotovi. Tako razna inflamatorna žarišča v miokardu ali pa napor sam (ki je pa le neposredni zadnji impuls paroksizma) ali splošno utrujenost srca, neuropatično konstitucijo, aterosklerozo ali končno močno kajenje. Angina pectoris ima edini diferencialno važen znak — anginozno bolečino. Angina i znepora nastopi, kakor že naziv pravi, po kakšnem poljubnem, mnogokrat relativno neznatnem naporu, najprej manj izrazito, kasneje jačje in ponehava pri mirovanju. Angina pri koronarni trombozi, ki je le posebna vrsta angine pectoris, nastopi nenadno brez predhajajočega navora na tipičnem mestu, traja dolgo, cele ure ter ne poneha pri mirovanju, nasprotno celo rada se pojavi pri odmoru, ležanju ali celo pri spanju. Nastopi občutek bližajoče se smrti, ki je blizu resničnega stanja organizma, kajti v tem trenutku je važno ogroženo srce vsled infarkta. Čudno je, kako malo je pri tem izpremenjen puls, kar mnogokrat zapelje zdravnika k pogrешnemu optimističnemu presojanju. Poleg tega najdemo včasih manj običajne znake kakor insuficienco z veno-

stazo, pri starejših ljudeh izgubo zavesti in nenadno dekompenzacijo pri hipertoničnih bolnikih. Simptomatologija je v diagnostiki tega obolenja najvažnejša in mora zadostovati, kajti fizikalni izvid je včasih prav malenkosten. Hipertenzija, rentgenološko ugotovljena močnejša elongacija aorte, ali znaki predčasnega staranja aorte pri mlajših bolnikih, znižanje krvnega pritiska v poteku samega napada to vse je tak omalo odločujoče kakor perkusija in elektrokardiogram. Odločujoča točka pri diagnozi je zopet le tipičen sternalni sedež bolečine in njeno izžarevanje. Diferencialno diagnostično je treba misliti na pljučni infarkt (ortopnoe, cijanoza, običajno tudi drugačen elektrokardiogram), akutni pneumotoraks (fizikalna preiskava, rentgen), akutna obolenja trebušne votline, osobito perforacija gastroduodenalnih čirov in koliko vsled kalkuloze žolčnika (bolečine pri jedi, večinoma okoli ali pod žličko, dčfense), paraesophagealna hernija (rentgen) ter končno razne težave pri prebavi (bolečine pri hoji po jedi, v epigastriju, olajšanje po bruhanju). Prognozično je vsekakor angina iz napore ugodnejša kakor angina iz koronarne tromboze, kjer lahko nastop v 50% smrt v nekaj minutah ali tednih. Zdravljenje v trenutku paroksizma obstoji v takojšnji aplikaciji vazodilatatornih sredstev, kjer še vedno prednjači nitroglycerin. A. pripominja, da je nitroglycerin (po angleški farmakopeji v obliki čokoladnih tablet po 1/100 in 1/80 grana ali 0.00065 in 0.00129 g) boljši kakor amyl-nitrit ker je uživanje enostavnejše in ne vzbuja toliko pozornosti. Nadalje mirovanje, takojšnja injekcija morfija (pol grana ali 0.032 g), ki se naj ponavlja tako dolgo, dokler obstoji še znatna razboljenost. Mirovanje mora biti dosti dolgotrajno, osobito pri koronarni trombozi vsaj 6 tednov). A. (danes najslovitejši anglosaški internist — opom. ref.) konča svojo razpravo tako-le: „Glavna naša naloga pa obstoji v tem, da damo anginoznim moralno oporo . . . ter da njim pomoremo, da pristopijo k izsiljenemu handicapu znižane srčne delazmožnosti brez strahu pred smrtjo in brez izgube zaupanja v samega sebe“.

Božena Palečková L. Hynek (Praha): **Antiflogistično zdravljenje kalkulozne in nekalkulozneolecistitide.**

Poskus zdravljenja z neurocholom, ki je zmes koncentriranega ekstrakta piogenih bakterij in organskih sulfidov, je

pokazal, da obvaruje bolnika pred novimi kolikami, odstranjuje dispeptične težave, urejuje črevesno peristaltiko ter povrača bolnikom tek in veselje za življenje. Navedeni preparat nadkriljuje morfij in njegove derivate, ki so veljali doslej za najboljša sredstva pri napadu.

Bohumil Prusik (Praha): **Nova opazovanja s seroterapijo v obliki mikrokližem.**

a Pri uporabi klistirov s serumi (20—60 ccm) dosežemo celotne reakcije kakor pri intravenozni ali intramuskularni aplikaciji, vendar s to ugodno razliko, da ne nastopi nobena neprijetna postranska senzacija (anafilaksa ali bolezen od seruma). Sprememba bolezenskega stanja ne nastopi sicer takoj na sličen dramatičen način kakor pri intravenozni aplikaciji, temveč šele drugi dan, traja pa zato tudi dalje časa. A. uporablja ta način aplikacije seruma pri kolitidih, pljučnicah, škrlatici, daviči in septičnih stanjih.

J. Diviš (Praha): **Prispevek k operativnemu zdravljenju ljakastega grudnega koša.**

Popis odličnega uspeha ekstirpacije distalnega dela prsnice in obojestranske resekcije hrustancev 4—6. rebra pri 18 letnem bolniku z znatnimi subjektivnimi težavami vsled dislokacije in torzije srca, ki je nastopila radi znatnega zadebeljenja prsnice na kraju največjega defekta.

Antonín Přecechtěl (Praha): **Tonzilektomija pri kronični nefritidi.**

Pri kronični in akutni obliki glomerulonefritide je ugotovljena vzročna zveza med akutnim in kroničnim obolenjem drgali in ledvic, ki obolijo bodisi neposredno po angini ali po razno dolgem intervalu. Mnogokrat nastopi kronično vnetje ledvic tudi po anginah, ki niso bile opažene ali spoznane. Profilaktično je važna kontrola ledvic pri vsaki akutni angini ter preventivna tonzilektomija po prestani akutni nefritidi. Terapevtično pa je važna tonzilektomija pri protahiranem poteku nefritide navzlic internističnim terapiji. Z ekstirpacijo drgali dosežemo prenehanje recidivnih angin in akutnih eksacerbacij nefritid ter odstranimo izvor lokalne infekcije. A. ima pri svojem navedenem materialu v 62.5% pozitiven uspeh.

J. Diviš (Praha): **Operacija mediastinalne strume.**

Večino med. strum operira A. s pomočjo polukrožnega reza, katerega pa je treba z ozirom na dane specijelne lege

in oblike med. strume, osobito pri ozki gornji aperturi grudnega koša razširiti s pomočjo sternotomije. V 3 slučajih je dosegel A. prav dober uspeh s slično razsežno operacijo.

Bohuslav Fleischhans (Prah): Kronična obolenja sklepov in klimakterij.

Klimakterij je pri artropatijah, ki se pojavljajo v času menopavze le eden izmed etioloških momentov, ki povzroča pri predisponiranih individuih bodisi znatno poslabšanje že obstoječega kroničnega revmatizma ali pa prve znake. Te atropatije v klimakteriju nimajo nobenega posebnega karakterističnega anatomskega substrakta, zato je tudi pogrešno, če se zdravijo kakor se to mnogokrat dogaja le s pomočjo hormonalnih (ovarijelnih) preparatov, ker bo uspeh negativen ali le minimalen. Potrebna je tipična antirevmatična terapija, kombinirana s ovarijelnim substitucijskim zdravljenjem.

Bohumil Albert (Zlin): Operacija hordoma v zadnjem mediastinu v dveh fazah.

Poročilo o operaciji novotvorbe v zadnjem mediastinu v dveh fazah in sicer najprej spodnji torakotomiji (pri kateri se je odstranil le del hordoma), nato pa po 14 dneh kostotransverzotomiji po Merz (odstranitev drugega večjega dela horadoma ter tampona, ki je ostal od prve operacije). Po srečno prestani operaciji je živel bolnik 2 in pol leta, nakar je umrl radi kompresivne mijelitide vsled kongenitalne razcepitve hrbtenice. Pri obdukciji se ugotovi, da je operacijska rana popolnoma zaceljena, brez metastaz.

Bohumil Albert-Vojta Tolar (Zlin): Anaemia megalosplenica Bengalia, ozdravljena s splenektomijo.

Pri 27 letnem čehoslovaškem državljanu, ki je bil nameščen v Batovih podjetjih v Britski Indiji, je bila v Batovi centralni bolnici v Zlinu ugotovljena bengalska megalosplenična anemija z znaki hitro razvijajoče se ciroze, velikimi krvavitvami iz prebavil, destrukcijo eritrocitov in težko sekundarno anemijo. Iz krvi obolelega je bila kultivirana leptospira, ki je pri poskusu na morskem praščku povzročila iste spremembe na slezeni. Terapevtično se je poskušala najprej krvna transfuzija, ki je sicer prehodno vplivala na bolnika ugodno, definitivno ozdravljenje pa se je doseglo šele po splenektomiji.

Jan Černošek (Zlin): Prispevek k vprašanju zdravljenja gastroduodenalnih čirov.

A. Svetuje lumbalno percainovo anestezijo ali lokalno aplikacijo percaina, izreče se pa proti vsaki, osobito pa inhalacijski celotni narkozi. Palijativne operacije se niso izkazale zadovoljive, pogostoma je kasneje nastopila perforacija na istem ali bližnjem mestu, zato priporoča v slučaju operativnega zdravljenja radikalno metodo po Billrothu, odnosno v specijelnih slučajih po Hoffmeister-Finstererju. Mortaliteta je znašala 6.89%. Trebušne votline ne izpira, temveč le izsuši brez draženja. Po operaciji takoj dovaja glukozo s fiziološko raztopino v intravenozni infuziji. Učinek seruma je bil znaten le pri začenjajoči se peritonidi. Nadalje svetuje po operaciji pri povračanju izpiranje želodca, pri ileoznih slanjih pa prostigmin kombiniran z NaCl in Ca (intravenozno) ter klistir. Proti peritonitičnim driskam ephetonin, proti perifernemu Kolapsu pa coramin in glavno sympatol.

J. Diviš (Prah): Prispevek k vprašanju kirurškega zdravljenja adhezivne perikarditide z ozirom na Brauerovo kardiolizo.

Popis šestih slučajev kronične perikarditide z razno etiologijo (tbc., revmatizem, dvakrat neznana). Klinično je prevladala slika velikega ascita, pri dveh slučajih se je razvil obojestranski hidrothoraks. Pri vseh je A. izvršil Brauerovo kardiolizo, pri čemer je pet slučajev prav dobro preneslo tako težko operacijo, le en bolnik, ki je bil operiran v izredno kahektičnem stanju, je umrl kmalu po operaciji. V splošnem so uspehi tega razsežnega posega z ozirom na težko naravo bolezni same zadovoljivi. Treba pa je, da se tudi praktični zdravniki opozore na to operacijo, da bodo dirigirali pravočasno slične slučaje v roke izvežbanega kirurga, da jim izboljša neznošno obolenje (do pred kratkim neozdravljivo).

Gustav Müller (Brno): Nadomestek nožnice iz vezivnega tkiva med uretro in mehurjem.

A. popiše troje slučajev, kjer je nadomestil manjkajočo nožnico s pomočjo proste dispreparacije septa vesico-uterinum. Tako nastali kanal je bil redno razširjen naravnim potom, z rednim koitom. Okoliščino, da se je kanal dobro zacelil pripisuje uporabi polysanove paste s katero je od začetka dnevno namazal tam-

pon v vagini. Ta enostaven način je osobito pripraven za slučaje, kjer je ves septum že nekoliko razlegnjen vsled predhodnih poskusov koita, osobito pri zelo mladih bolnicah z veliko elasticiteto vezivnega tkiva.

Václav Zahourek (Praha): Zdravljenje limfogranulomatoze z rentgenom.

Pri zdravljenju limfogranulomatoze zavzema rentgenološko obsevanje vsekar dominanten položaj. Pred kirurško terapijo ima obsevanje to prednost, da zamore bolezen ozdraviti, med tem ko se mora operativno zdravljenje vedno nadaljevati še z obsevanjem. Profilaktično zdravljenje ni opravičeno. Treba pa je upoštevati, da tudi velike uničujoče doze niso vedno v stanju uničiti vsa žarišča. Pri rentgenološki terapiji pa nesmemo zanemariti interno medikacijo (Arzen, jetrni preparati, krvne transfuzije). V slučajih rezistentnih napram rentgenu uporabljaj A. z uspehom kombinirano zdravljenje: rentgen + X Thorium. Zdravljenje se vrši ambulantno na točno popisani način.

Marie Gerhardtová (Praha): Lipemija tuberkuloznih bolnikov.

Pri preiskavi lipemije pri jetičnih na tešče ter na to po obremenitvi z maščobo se ni pokazala nobena abnormaliteta od krivulje alimenterne lipemije zdravih. Zato pa so pokazale preiskave pri jetičnikih po začetnem pneumotoraksu v 82% znatno, vendar prehodno povečanje lipemije.

A. J. Pytel (Moskva): Morbus Köhler-Pellegrini-Stiedi.

Gre za periartikularno posttraumatično osifikacijo, ki se pojavlja v glavnem v kiti m. adductoris magni v obliki male koščene ploščice ter je spremljana od različno popisanih sklepnih bolečin. Najdemo jo v 0.9—1% vseh rentgenogramih kolena, izgotavljenih po poškodb. Koščena deščica, odnosno senca, ki je vložena v medijalnem kondilu stegenice, je nastala ali vsled periostalne osifikacije ali pa po metaplaziji iz periartikularnih mehkih delov, redko kedaj pa celo vsled odlupljenja delca notranjega kondila. Za diagnozo je odločilen rentgenogram takoj po poškodbi ter 3—12 tednov kasneje. Terapija je pretežno konzervativna (fizikalna), le pri neuspehih je potrebno operativno zdravljenje.

ČAS. LEK. ČES.

št. 48 — 49/1936:

Slavnostna številka ob priliki sedemdesetletnice Nj. Magnif. Prof. Dr. Rudolfa Kimle, predstojnika anat.-patološkega zavoda Karlove univerze v Pragi.

D. Benešová (Praha): Primarni sarkom epikarda.

Pri 21 letnem možu je bila pod diagnozo eksudativne perikarditide izvršena perikardiotomija. Po operaciji je mož umrl, nakar je bil pri obdukciji najden primarni sarkom epikarda, ki je obraščal celo srce. Metastaz ni bilo nikjer. Histo. loška struktura je bila medularna s vretenčastimi celicami.

Antonin Fingerland (Hradec Králové): O heterotopični decidualni reakciji, osobito v ovarijskih gravidnih.

Z ozirom na stalno prisotnost heterotopičnih deciduálnih celic v ovarijskih gravidnih žen smatra A. ta izvid za fiziološki pojav. Nastanek ortotopične in heterotopične decidue je vezan na hormonalno delovanje c. lutei in posredno na vpliv hipofize ter placente, v kolikor pospešujeta luteinizacijo v ovarijskih.

Václav Jedlička (Praha): Odnosi med tuberkulozo in ščitnico.

Pri akutnih infekcijskih boleznih nastanejo v tiroideji anatomske spremembe, ki se očitujejo v hipofunkciji obolele žleze kot izraz infekcijske poškodbe. Poleg tega povzročijo lahko akutni infekti motnje v delovanju ostalih endokrinih žlez pod sliko pluriglandularne insuficience. Od vseh endokrinih organov pa ima tiroideja prav posebne tesne stike in odnose napram tuberkuloznemu infektu. Splošno je ugotovljeno, da se tbc. proces sam le redko kedaj lokalizira v ščitnici sami, katere tkivo ima jako relativno imuniteto, bodisi vsled znatne vaskularizacije žleze same, bodisi radi prisotnosti joda v tkivu žleze. In vitro so dokazali, da zniža tiroidalno tkivo virulenco Kochovih bacilov. Delovanje tiroideje učinkuje nadalje znatno na tbc. alergijo v pozitivnem smislu. Na drugi strani v eksperimentu pa izgubi tiroektomirana žival sposobnost reagirati s povišanjem toplote na tuberkulin, tako da se lahko reče, da tiroektomirana poskusna žival disponira k tuberkulozi. S tem soglašajo tudi anat.-patološka izkustva o aktivaciji tbc. odnosno pogostem izvidu floridne tbc. pri hipotiroidozah. Na drugi strani zopet vi-

dijo nekateri avtorji baš v tbc. vzročni moment za nastanek basedowovega obolenja. Poncet in Leriche smatrata basedowsko strumo za posledico toksinov Kochovih bacilov, francoski kliniki pa povdarjajo koincidenco M. Basedowi z tuberkulozo. Pri lažjih oblikah tuberkuloze je Grüner našel pogostoma odebелost vratu parenhimatozno strumo in vagotonijo torej sliko basedowoida ali popolnega M. Basedowi, tako da smatra Hofmann strumo naravnost za izraz obrambe organizma napram tuberkulozni infekciji. Anatomske spremembe ščitnice so pa ali nespecifične, največkrat v obliki sklerotičnih sprememb, ali zelo redke specifične v obliki miliarne nod. tbc ali kazeozne abscedirajoče oblike, ki pa kažejo le malo tendenco k propagaciji. A. odklanja nazor, da bi bile te specifične spremembe v neposredni zvezi z M. Basedowi.

Jitka Petříková (Praha): **Tuberkuloza ustne votline.**

Vstop tuberkuloznih bacilov se vrši pogostoma skozi usta bodisi pri vdihanju ali pa s inficirano hrano ali drugimi predmeti. Ravnotako pa pride do kontakta med ustno votlino in tbc. bacili pri izkašljanju inficiranega izmečka. Navlic temu pa je tuberkulozno obolenje ustne votline zelo redko, verjetno vsled specijelne strukture ustne sluznice, razven tega pa oslabijo razni saprofiti ustne votline v simbiozi virulenco patogenih mikroorganizmov. K infekciji ustne votline pa pride, če so zato podane posebne prilike kakor porušenje kontinuitete ustne sluznice pri ranah, nadalje pri drugih patoloških stanjih, kakor vnetje ustne votline ali pri

podraženju sluznice vsled velikega uživanja alkohola ali nikotina. Primarna infekcija doslej ni dokazana, sekundarna pa se lahko razširi ali po predisponirani poteh (dihala, gastro-intestinalni trakt) ali pa po drugih običajnih načinih, kakor krvnih ali mezigovnih poteh. A. opisuje slučaj pseudoprimarne tuberkuloze ustne votline, ki je nastala v rani po ekstrakciji zoba ter je bila inficirana od tuberkuloznega izmečka. Še-le ko se je dodatno ugotovilo bilateralno kavernožno pljučno obolenje ter je bil izvršen bilateralni pneumotoraks s korekturo po Jacobäusu, je postal izmeček sterilen in tuberkulozna rana v ustih je nato kmalu ozdravela.

Vladimir Wagner (Praha): **Fetalna peritonitis.**

Pri 3 dni starem otroku nastopi obolenje pod sliko banalne gnojne peritonitide. Otrok je bil takoj operiran, vendar pa je po operaciji umrl. Pri obdukciji se najde plastično vnetje trebušne mrene z znatno zadebeljenim parijetalnim in visceralnim peritonejem, zarasline črevesnih zank v debeli, neločljivi konvolut. Popisana slika „čiste“ peritonitide, ki je nastala od sterilnega mekonija je bila zakrita vsled fibrinozno-gnojne peritonitide obačajnega tipa. Na ceku nekrotično mesto, poleg tega paa stenoza v bližini v. Bauhini. Na podlagi serije histoloških preiskav meni A. da je v danem slučaju nastalo vnetje trebušne mrene v drugi polovici fetalnega življenja. Mekonij je povzročil kot tuje telo v trebušni votlini razsežno vnetje ter je bil pri obdukciji večinoma že poapnel.

Nove knjige

Carl Fervers: **Die ambulante Behandlung der Knochenbrüche in der Allgemeinpraxis.** (Lehmanns Verlag München — Berlin 1937).

V splošnem in specijelnem delu govori a. o prelomih kosti, ki so primerne, da jih zdravi praktični zdravnik, ki razpolaga z lastnim majhnim rentgenskim aparatom (cena 1500 RM). Način rentgenološke preiskave, simptome in terapijo ponazorjuje 20 slik. Praktični zdravnik bo našel v knjigi, obsegajoči 84 strani vse potrebne nasvete, ki jih potrebuje

pri zdravljenju prelomov, ki so primerni, da jih zadrži zdravnik v domači negi. Opisane so tudi mavčeve longete in različne šine, načini repozicije in fiksacije, kontrole ter fizikalnega zdravljenja. Avtor skuša tudi rešiti vprašanje zdravnikovega pomočnika v osebi najbližjih sorodnikov oziroma uslužbencev zdravnikove družine, s tehničnega in psihološkega stališča pa vprašanje anestezije pri različnih prelomih.

Knjiga je dragocen pripomoček za praktičnega zdravnika, ki ne najde v

običajnih učnih knjigah na tak nazoren in enostaven način razloženih onih primerov, katere lahko zadrži doma prevzemajoč vso odgovornost za nje. Naj ne pošilja splošni zdravnik kar vse v bolnico, ker so taki lažji primeri bolnici samo v breme, temveč naj se sam veseli svojega uspeha ne glede na to, da je združen s tem tudi gmothen interes. Specializacija je danes že itak tako napredovala, da bo praktični zdravnik kmalu izgubil pravi pomen in bo samo še uradnik v svojem delokrogu. Marsikdo pa bo hvaležen, ako mu bo nudil zdravnik priliko, da se zdravi doma in mu ni treba potovati v bolnico.

Knjiga stane samo nekaj mark.

Dr. Guzelj, primarij

Prof. dr. F. Blumenthal: **Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung und Krebstherapie**. Založba: A. Sijthoff, Leiden. Tolmačil dr. Stanojević, asistent na univerzi v Beogradu, 1937.

Avtor skuša uvesti čitatelja v omenjeni knjigi, ki je pisana v lahko razumljivem, tekočem slogu, ne samo na kratko v sedanje stanje raziskovanja problemov in zdravljenja raka oz. malignih novotvorb, ampak kot sam izjavlja v predgovoru navaja svoje osebno mnenje na podlagi izkustev, ki si jih je pridobil s svojim dolgoletnim marljivim znanstvenim delovanjem na tem področju.

Na kratko nam poda definicijo novotvorb, raka in sarkoma, njuno relacijo, seznaniti nas s formalno in kavzalno genezo, kjer obdeluje nekoliko izčrpnjeje parazitaro teorijo, omenja nam nadalje rezultate, dobljene pri povzročitvi raka oz. malignih tumorjev s pomočjo mazanja s katranom ter pod vplivom rentgenskih žarkov. Podaja nam nadalje Warburgovo teorijo, opozarja na vlogo dražljaja ter traume kot eksogenih faktorjev v kavzalni genezi raka. Naslednja poglavja se tičejo pomena dednosti, splošne in lokalne spremljivosti individuov za

tumor. Seznaniti nas s pojmom mutacije hromozomov, na kratko se dotakne kemizma rakaste celice, problema Rous-sarkoma, karcinogenih agensov, heterotransplantacije ter povdarja važnost miljeja, okolice, prehrane, klime, rase ter poklica pri mehanizmu stvarjanja malignih tumorjev. Končno nam omeni še mitogenetično izžarevanje, serološke reakcije v diagnozi raka ter terapijo, ki jo avtor deli na operativno, obsevanje z Rentgenovimi in radijevimi žarki, kemo-terapijo, fermentterapijo, organoterapijo (z ekstrakti endokrinih žlez, vranice, kostnega mozga, možganov in sluznice tenkega črevesa) vakcino in autoseroterapijo. Poslednje poglavje obdelava način in sredstva v borbi za pobijanje raka.

Knjigo zlasti priporočamo zdravnikom, ki se mislijo podrobneje baviti s temi problemi, kakor tudi vsem praktičnim zdravnikom in medicincem, ker morejo na kratek in primeren način dobiti splošen vpogled v ta problem, ker so le ti slednji praktični zdravniki pred vsem jako važen faktor v borbi za zatiranje malignih novotvorb.

Dr. Jos. Cholewa

Precis de diagnostic chirurgicale publie sous la direction de Ch. Lenormant, par Lenormant, Menegaux Patel, Seneque et Wilmoth. 4 deli s skupno 2838 stranmi in 714 slikami. Paris: Masson e Cie 1937.

V štirih krasnih opremljenih knjigah so jasno in sistematično opisani načini kliničnih preiskav pri obolenjih glave, vratu, oprsa, trebušne stene, vnanjih spolovil, trebuha, medenice, udov in ugotovitve bolezni na sploh. Obenem so orisana vsa kirurška obolenja in naznačene smernice za zdravljenje. Posebno vrednost dela opazim v tem, da so najpopolneje obdelana diferencialno - diagnostična razmotrivanja, katerih se poslužujemo pri presojanju težavnih slučajev. Od laboratorijskih preiskav omenjajo knjige le tiste, ki so važne za klinično presojo bolezni.

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG V LJUBLJANI

priporoča svojo veliko zalogo novitet iz medicinske literature in vljudo vabi gospode zdravnike na brezobvezen ogled. Do nadaljnegga se preračunava nemška marka po din 13.—.

Številne slike različnih obolenj so izredno posrečene in podučne. Razvidno je, da so imeli avtorji ogromen material na razpolago. Rentgenologiji je posvečena posebna pažnja in najdemo v vseh štirih knjigah vse polno krasnih rentgenogramov, tako posebno pri obolenjih želodca, ledvic in žolčnika, vendar pa tudi najdemo svarilo, da se moramo v slučaju, kjer se klinika in radiologija ne skladata, držati prve. To sijajno delo kirurške diagnostike bodo z veliko koristjo lahko

uporabili naši medicinci, ki že obvladajo patološko-anatomske pojme. Ravno tako bo delo dobrodošlo bolničnim zdravnikom kakor tudi praktikantom radi ogromne tvarine. Smatram to novo delo za enega najpopolnejših priročnikov klinične kirurške diagnostike. Vsaka stran priča o visoki stopnji francoske kirurške šole in metode.

Dr. Kerže Vladislav
asist. kir. odd. spl. bolnice
v Mariboru

Kongresi

PETI BALKANSKI MEDICIN. TEDEN

se bo vršil v Carigradu in Ankari od 7. do 14. septembra 1938.

V tem času se bodo sestali v Turčiji, pod pokroviteljstvom turških uradnih krogov, zdravniki vseh balkanskih držav, da bi se z združenim delom posvetili vprašanjem, katera v enaki meri prizadevajo vse balkanske narode.

Poleg vprašanj, ki zadevajo zdravstveno bodočnost balkanskih narodov, ima sestanek zdravnikov balkanskih držav še širši in globlji pomen manifestacije skupnega dela na kulturnem polju. Zbrani v okviru balkanskega medicinskega tedna, ki se je vršil od časa balkanske konference leta 1930 dalje po posameznih prestolnicah na Balkanu, poudarjajo zdravniki balkanskih držav s tem vidno svojo privrženost ideji miru in ideji bratstva med balkanskimi narodi.

Na letošnjem balkanskem medicinskem tednu se bodo bavili zdravniki v prvi vrsti z vprašanjem malarije in veneričnih bolezni. Obe vprašanji globoko posegata v zdravstveno in ekonomsko življenje balkanskih narodov.

Naši jugoslovanski zdravniki bodo krenili v skupini iz Beograda 4. sept. t. l.

Ker je število udeležencev iz posameznih držav omejeno, se opozarja gg. zdravnike, ki bi se želeli udeležiti te manifestacije sodelovanja balkanskih držav, da se prijavijo najkasneje do 15. avg. t. l.

Podrobne informacije dajeta: gg. dr. Zika Marković, Jovanova 83 in dr. Miloš Simović, Poenkareova 27 — Beograd.

OD 1. DO 20. OKTOBRA T. L.

se bodo vršili v Parizu francosko-jugoslovenski medicinski dnevi. Ministrstvo je dovolilo zdravnikom-uradnikom dopust za obisk te prireditve, o kateri bomo poročali prihodnjič kaj več.

DRUGI BALKANSKI KONGRES ZA ZAŠČITO DECE

se bo vršil v Beogradu od 2. do 6. okt. t. l. pod pokroviteljstvom Nj. Veličanstva kralja Petra II. in častnim predsedstvom Nj. Vel. kraljice Marije.

Pred kongresom 1. oktobra bo otvorena mednarodna razstava o zaščiti otrok v prostorih beograj. velesejma. Razstava bo mednarodnega značaja.

Na kongresu bodo sodelovale sledeče balkanske države: Jugoslavija, Bolgarija, Rumunija, Turčija, Albanija in Grčija. Poleg teh bodo na razstavi sodelovale tudi še Italija, Francija, Čehoslovaška, Nemčija, Anglija in Amerika.

Priprave za kongres in razstavo so v polnem teku. Predpriprave vodi poseben odbor, ki mu predseduje univ. prof. dr. Aleksander Kostić.

Kongres bo zasedal v dveh sekcijah:

1. Zaščita vaških otrok;
2. Formacija socialno-medicinskega oseba na vasi.

Namen prve sekcije je, detajlno in vsestransko proučiti položaj otroka na vasi ter poiskati možnosti za vsestransko moralno, socialno, zdravstveno in higiensko zaščito teh otrok, računajoč s specielnimi ekonomskimi prilikami sodelujočih držav.

X. ZDRAVNIŠKI TEČAJ O TUBERKULOZI se bo vršil na Golniku od 22. do 28. avgusta t. l. Prijave do 5. avgusta na upravo zdravilišča.

Društvo diabetikov v New Yorku daje svojim članom izkaznice s sledečo vsebino: Imejtelj te izkaznice bolega na sladkorni bolezen in se zdravi z Insulinom. V slučaju slabosti ali nezvesti dajte mu dve žlici sladkorja na kozarcu vode in kličite zdravnika.

V Indiji je bilo v zadnjem času 30.000 slučajev kolere.

Na Grškem zidajo bolnice v Sparti, Halkis in Kozani. Vlada je odobrila za te bolnice 15 milijonov drahem.

Vlada Iraka je sprejela zdravstveni načrt za pet let. Za izvedbo tega načrta bi rabili dva tisoč zdravnikov, na razpolago jih je pa samo štiri sto.

Umrljivost dojenčkov v Nürnbergu je padla od leta 1910 do leta 1937 od 18.2% do 4.4%. Precejšnja razlika je med umrljivostjo zakonskih in nezakonskih dojenčkov. Pri prvih znaša 4% pri zadnjih pa 6.9%.

Obvezno podeželsko službo mladih zdravnikov so upeljali tudi na Poljskem. Vsak zdravnik bo moral po tem zakonu po končanem studiju za dve leti oditi na deželo. Na Poljskem vlada sploh precejšnje pomanjkanje zdravnikov. Skupaj jih je 12.600, to je 3.7 na 10.000 prebivalcev, rabili bi pa 25.000 zdravnikov. Od zdravnikov prakticira 61% v mestih to je 61% zdravnikov je na razpolago za 13.5% skupnega prebivalstva. V nekaterih okrajih so ustanovili zdravstvene zavode.

Iz uredništva

OBVESTILO

Članek arh. Zupana bomo nadaljevali v prihodnji številki.

Prihodnja številka izide kot dvojna številka 6—7 koncem avgusta, 8—9 pa koncem septembra t. l.

ZA TISKOVNI SKLAD SO PRISPEVALI

Po din 100.—: dr. Medič S., Šoštanj;
po din 50.—: dr. Kanc P., Ljubljana, dr. Dobrodolac J., Zemun, dr. Pintar D., Cerknica; po din 40.—: dr. Kapralov S., Velka.

Hvala!

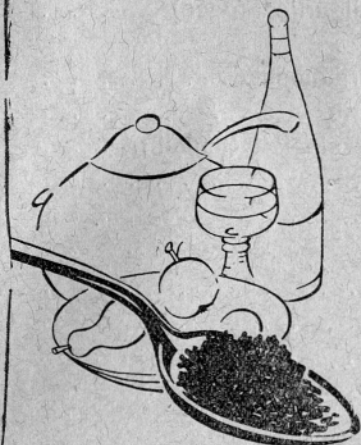
Seznam zaključen 28. VII. 1938.

GOSPOD TOVARIŠ,

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

Carbo medicinalis

„Merck“



za adsorpcijsko terapijo

pri diarejah, vrenju, driskah
z bruhanjem, griži, nadalje
pri zastrupljenjih najrazlič-
nejše vrste.

KOHLE-GRANULAT „Merck“

se ne praši in je lahko uži ten
Originalni zavitki:

CARBO MED. PULV. „Merck“

Škatlje s 25, 50, 100, 250 in 500 gr.

OGLJE-GRANULAT „Merck“

Škatlje z 70 in 100 gr.

Razven tega zavitki za zavode.

E. MERCK — DARMSTADT

Zastopstvo: Dr. LEO NEUMANN —
ZAGREB, Mošinska ulica br 14.

PANTHESIN BALSAM

odpravi bolečine
in vnetja

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



CHEMISCHE FABRIK vorm. SANDOZ, BASEL, ŠVICA

VSEBINA:

	Stran
Dr. L. Merčun: Nov način odpravljanja trakulj	165
Dr. I. Peršič: Testikularna torzija (dalje prih.)	174
Doc. dr. I. Matko: Patogeneza in terapija oligurije (konec)	180
IZ PRAKSE:	
Dr. V. Milavec: O infekciji z vaginalno trihomonado	185
Dr. I. Peršič: Anemična stanja v kirurgiji	188
Dr. M. Karlin: Malaria v Ljubljani pred sto leti (nadalj.)	190
O zdravnikih in zdravilstvu	195
Iz medic. časopisov: Therapeutica	196
Iz češke med. literature	197
Nove knjige	201
Kongresi	203
Drobne novice	204
Iz uredništva	204

DOBRNA PRI CELJU

396 m NAD MORJEM

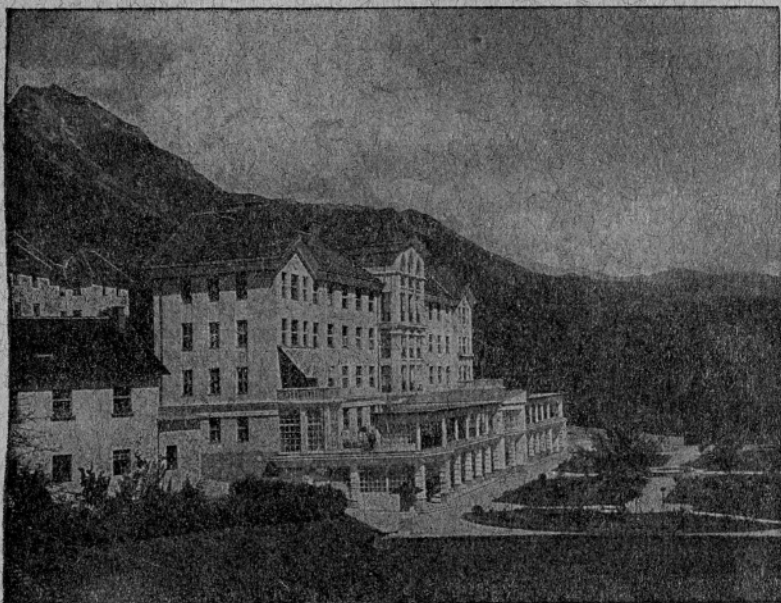
NARAVNO - TOPLI 37° C VRELCI
ZDRAVIJO S POSEBNIM USPEHOM
SRČNE IN ŽIVČNE TER ŽENSKE BO-
LEZNI. VSA OSTALA ZA OKREPI-
TEV ŽIVLJENSKIH SIL POTREBNA
ZDRAVILNA SREDSTVA - KRASNI
NASADI, VABLJIVI SPREHODI IN
IZLETI V BLIŽNJI PLANINSKI SVET

IZVEN GLAVNE SEZONE CELO-
KUPNO 20-DNEVNO ZDRAVLJENJE
ZA NIZKO PAVŠALNO CENO
OD DIN 1.100.— DO DIN 1.650.—

ZAHTEVAJTE PROSPEKTE!

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

3 oskrbni razredi

Vsi moderni diagnostični pripomočki na razpolago! — Higienično-dietetično zdravljenje, tuberkulin, avroterapija, pneumothorax arteficialis, phrenicoexairesis, thoracoplastica, Jakobäusova operacija.

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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



ODDELEK
„SANABO-KAŠTEL“

ZA REGENERACIJO KRVİ

PROCYTHOL

„SANABO—KAŠTEL“

PRO INJECTIONE

Perniciozna in težka sekundarna anemija

1 ampula ima isto klinično delovanje kakor 500 g svežih jeter

PROCYTHOL FORTE

1 ampula ima klin. delov. kakor 5000 g svežih jeter
Intramuskularna raba!

Napredek v digitalis-terapiji!

LANACLARIN „KAŠTEL“

Preparat izoliranih glikozidov digitalis lanate

Hitro, energično in popolno delovanje digitalisa

Dobro se prenaša, tudi pri gastritidi

Možnost točnega doziranja

Lanaclarin „Kaštel“ injekcije, solucija, tablete, supozitorije



Zagreb