

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D. D. ZAGREB

Priporoča svoje preiskušene domače preparate :

GLANDUITRIN

Ekstrakt zadnjega dela hipofize. 1 ccm = 10 Vögtlinovih edinic. Skatljica s 3 ali 6 ampulami. Odlični preparat z absolutno sigurnim in zanesljivim delovanjem pri atoniji maternice, parezi čreves, mehurja itd.

THYMITRIN

Ampule 1,1 ccm za vsebino 5 Vögtlinovih edinic Glanduitrina in 0,5 ccm Ekstrakt. Thymi. Uporablja se s sigurnim uspehom pri slabi nosečnosti v prvi in drugi porodni dobi. Deluje sigurno ter ne povzroča premočnih krčev maternice. Daje se 0,2—1 ccm intramuskularno.

INSULIN „NOVO-KEMIKA“

prirejen po originalni danski metodi, biološko standardiziran in kontroliran. Deluje absolutno sigurno in ne boli. Stekleničice po 5 ccm s 100 odnosno 200 klin. edinicami. Razen pri diabetes mellitus se uporablja z uspehom pri izvajanju kure za debeljenje, hyperemesis gravidarum, krvavitvah maternice itd.

Naši preparati so ob absolutno zanesljivem delovanju kot domači proizvod znatno cenejši in zaslužijo pozornost gg. zdravnikov!

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški vestnik • Golnik.

Vsebina : Glej stran VI.

PUHLMANN ČAJ

znamke „RIPON“

več kot 25 let priznan pri

akutni in kronični bronhiti,
ker izvanredno omiljuje draženje h kašlju, zlasti pri
asthma bronchiale

ker lahko razsluzi.

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

Odobreno od Ministarstva narodnoga
zdravlja z. Br. 18260., 29. IX. 1931.

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



Literatura in poskusne količine požilja :

Puhlmann & Co., Berlin O. 171, Müggel-Strassa 25—25 a
Glavno skladište za Jugoslavijo: PH. MR. TICHY BÉLA-HORGOS (Úniovaska Banovina)

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

ima v svojih treh vrečah „TEMPEL“
„STYRIA“ in „DONAT“ izvanredno
lekovito slatino, ki s svojo silno trans-
mineralizacijo organizma najugodnejše
upliva na organske funkcije, njih ve-
getativno in hormonalno regulacijo.
Indikacije: Vse bolezni želodca, čre-
vesa, jeter, žolčnih kamnov, ledvic.
Sladkorna bolezen in giht. Sezona 1.
maj—30. september. - Gospodje zdrav-
niki! Zahtevajte prospekte in vzorce
vode pri direkciji zdravilišča
ROGAŠKA SLATINA!



*Pri težkem uspavanju,
prezgodnjem prebujenju,
nedovoljno globokem snu,* kar se pri ljudeh, ki duševno
delajo, nervoznih in razdražljivih često pojavlja

EVIPAN

tipično sredstvo **za uspavanje** in **naknadno uspavanje**

Evipan omogoča hitro uspavanje, zdrav in lahek san, ki hitro preide v fiziološkega. Radi hitrega izločenja ne povzroča drugi dan nikake utrujenosti ali zaspanosti niti tedaj, ako se ga vzame pozno v noči ali proti jutru.

UPOTREBA: 1—2 tabl. pred spanjem, najbolje v pol kozarcu vode ali s kako toplo pijačo.

ORIGINALNI OMOTI: Cevčice z 10 tabl. po 0.25

Bayer

I.G. Farbenindustrie A.G.
LEVERKUSEN NA RAJNI



Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD ZAGREB

PANTHESIN BALSAM

odpravi bolečine
in vnetja

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

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



Chemische Fabrik vorm. Sandoz, Basel, Švica

LEUKOPLAST

„Beiersdorf“

trajno in zanesljivo lepljiv in trpežen

za vsako obvezo

za vsako vreme

za vsako podnebje

HANSAPLAST

„elastični“ „Beiersdorf“

elastična brza obveza za poškodbe vseh vrst

prihrani

čas, delo in obvezila

Jugosl. P. Beiersdorf & Co.
d. z. o. z., Maribor, Gregorčičeva ul.

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 10.

3. NOVEMBRA 1934.

Leto VI.

A. KOŠIR

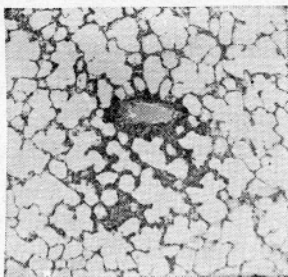
Pljučni tumorji pri katranskih miškah

(7 slik)

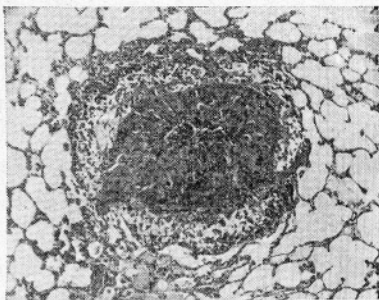
Aplikacija katrana izziva v mišjem organizmu marsikatero spremembo, od katerih nas tu zanimajo le blastomske. Če pregledamo tozadevno slovnstvo, nas presenetijo tudi tu v marsičem si nasprotujoči izsledki, ozir. domneve, ali ima katran, ki ga apliciram na kožo poskusne živalice, kancerogene posledice le za mazano kožo ali pa se dado s sigurnostjo ali precejšno verjetnostjo ugotoviti tudi takšne posledice za bolj oddaljene krajine kože in organe, zlasti za pljuča. Ako se pojavljajo v pljučih pravi tumorji — benigni ali maligni — bomo morali proučavati, ali jih smemo smatrati za metastaze prvotnega kožnega blastoma ali pa za prvotne pljučne tumorje.

Ako rezimiram na kratko najvažnejše tozadevne podatke iz literature, je Bonne opisal pljučne tumorje pri miškah, ki jim je mazal kožo s katranom, ampak opazal je prav tako pljučne tumorje mišk, ki jih sicer ni mazal, a v isti kletki redil kakor mazane. Bloch in Dreifuss sta beležila pljučne tumorje pri katranskih miškah in jih smatrata za prave pljučne novotvorbe, nikakor za metastaze. Lipschütz je našel v mišjih pljučih kankroid, ne da bi bila koža iste živalice blastomsko izpremenjena. Najbolj zanimivi pa so morda poskusi Murphy-ja in Sturm-a, ki sta našla prave, nikakor metastatične, maligne pljučne blastome po katraniziranju kože, ki je bila brez karcinoma. Ti poskusi so se delali na miškah iz reje, v kateri so izkazovale tudi miške izven poskusa v 5 % spontane pljučne tumorje in to šele v gotovi starosti. Odstotek tumorjev mazanih mišk pa je takoj poskočil na 60—78 % in si avtorja razlagata porast karcinoma z vdihavanjem katrana, s katerim so bili prepojeni oblanci v kletki. Ista dva avtorja poudarjata, da se javijo pljučni tumorji zlasti pri živalicah, kadar se jim redno mazanje s katranom prekine, stoprav po daljši latenčni dobi. Po Bonne-ju utegne biti število takih pljučnih tumorjev precej visoko, pol tucata, a tudi mnogo več. Bonne in Stöel sta opazovala mnogobrojne pljučne tumorje tedaj, če sta mazanje prekinila pred pojavom kožnega raka; skupno z bulami v pljučih pa so se pojavili papilomi gastrointestinalnih organov. Begg (cit. po Woglom-u) je ugotovil: „Widespread involvement of the lungs . . .

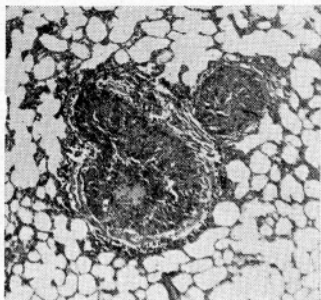
was a common finding, and in one of these cases... many of the blood vessels were occluded or extensively involved." Na te spremembe v pljučnih krvnih žilah se še povrnemo. Zelo važni so za nas podatki, ki sta jih priobčila J. M. Twort in C. C. Twort po opazovanju 60.000 mišk. Avtorja smatrala za najbolj pogost pljučni tumor adenoma, ki se je pojavil približno v enem odstotku. Malignih tumorjev je bilo malo, med njihovim prvim tucatom je bilo 6 adenokarcinomov, nastalih po maligni pretvorbi iz navadnih adenomov, eden je bil karcinom orjaških stanic — probably a degenerative type of the above (scil. adenoma) — štiri so bili precej degenerirani (considerable degeneration colloid), poslednji je bil očitno malignen tumor bronhijalnih sleznic. Težko razumljiv je avtorjev dostavek: „the adenomas and adenocarcinomas were in our opinion of alveolar cell origin.“ V ostalem pa sta avtorja precej kritična napram raznim trditvam v literaturi, češ da bi bili pljučni adenomi povzročeni po katranu. Pravitako ne priznava, da bi adenomi nastajali pogosto zaradi kroničnega vnetja. Važno pa je pravilno diagnosticiranje pljučnih tumorjev že zaradi tega, ker spontani blastomi prsne žleze in eksperimentalni kožni tumorji tako pogosto metastazirajo ravno v pljučih. L. Schabad je med 79 miškami, ki jih je od 107 preživelo 6-mesečno mazanje s katranom, dognal pri 11 samicah in 11 samcih različne primitivne pljučne tumorje. Od teh je imelo 16 kožnega raka in 6 prekarcinomskih sprememb, razun tega pa 9 epitelijalne in lojniške tumorje bolj oddaljeno od mazane krajine. Po histološki sliki je bilo med 22 tumorji 17 papilarnih adenomov (od teh 8 adenokistomov), 4 so bili tubularni adenomi in eden velikostaničen, malo karakteriziran adenom. Trem blastomom je avtor pripisal malignost. Dva blastoma sta nastala iz sluznice velikih bronhov, dva verjetno pravitako, dočim se je ostalih 18 razvilo iz alveolarnega epitela. Avtor smatra katran za povzročitelja teh tumorjev: „Ces observations démontrent l'importance de l'action cancérigène générale du goudron.“ Na velikem materialu so opazovali primarne pljučne tumorje Slye, Holmes in Wells. Med 6000 seciranimi miškami je bilo 160 primerov pljučnih tumorjev (2.66%). Smatrali so jih za polnovredne tumorje, nekateri izmed njih so bili maligno degenerirani in so dali metastaze v drugih organih. Lynch je dognala pri svojem materialu še višji odstotek pljučnih blastomov, namreč 11%. Vendar bo šlo pri njenih rejah za živalice, ki so imele prav posebno dispozicijo za pljučne bule, saj je avtorica napravila tudi dednostne studije o pljučnih blastomih. V kasnejši objavi poroča Lynch o ponovnih opazovanjih, kadar je dve različni reji mišk s spontanimi pljučnimi tumorji mazala s katranom. Reja belih mišk s spontanimi pljučnimi blastomi v 37.04% je kazala sedaj tumorje v cca 85%, druga reja črnih mišk z odstotkom 6.73% spontanih tumorjev pa je izkazovala po mazanju v 22% pljučne blastome. Nadaljni poskusi tega poročila nas ob tej priliki ne zanimajo. Leta 1929 nam poročata Kooser in Cordes o svojih poskusih, pri katerih so našli med 690 s katranom mazanimi miškami 40 primerov pljučnih blastomov (adenomi in ade-



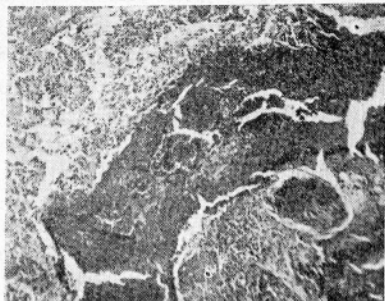
I



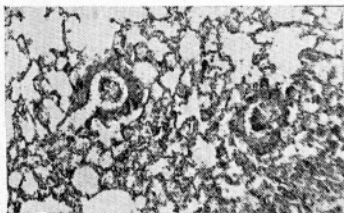
II



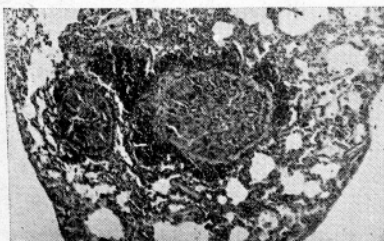
III



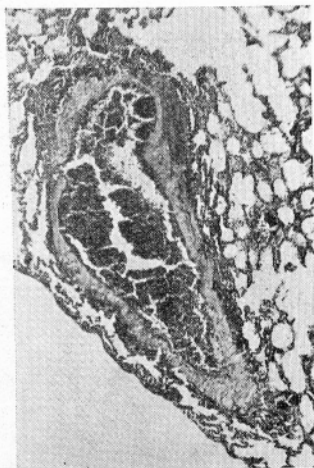
IV



V



VI



VII

RAZLAGA TABLE. — TAFELERKLÄRUNG.

- I. Začetna metastaza okoli krvne žile, od katere se širi polagoma po alveolarnih septih v okolico. 214. — Um die Gefässwand gruppierte beginnende Metastase, die sich allmählich längs der Alveolensepta in die Umgebung verbreitert. 214.
- II. Starejša metastaza z debelim blastomskim plaščem, obdanim od običajnega infiltrata. 349. — Ältere Metastase mit dickem Blastomzellenmantel und Infiltrat. 349.
- III. Žilino steno debelejšo številine blastomske stanice, ki jim zuraž sledi šele mišična plast ter infiltrat. 349. — Ebenfalls durch Blastomzellen verdickte Gefässwand innen von der Muskelschicht, aussen Infiltrat. 349.
- IV. Debela blastomska plast okoli krvne žile v primarnem kožnem blastomu. 349. — Dicke Blastomzellenschicht um ein Blutgefäss im primären Tumor der Haut. 349.
- V. Dve manjši žili z mlado metastazo. 544. — Zwei kleinere Blutgefässe mit einer jungen Metastase. 544.
- VI. Docela obliterirani krvni žili v nekaj starejši metastazi, obdani od običajnega infiltrata. 349. — Etwas ältere Metastasen, die das Gefässlumen vollkommen obliteriert haben, aussen Infiltratzellen. 349.
- VII. Močnejša pljučna vena z infiltratom levo spodaj pa majhen blastomski oklep. 544. — Eine stärkere Lungenvene mit dem üblichen Infiltrat, links unten ein kleiner Blastomzellenbelag. 544.

POVEČAVA 57.5-KRATNA. — VERGRÖßERUNG 57.5-FACH.

nokarcinomi), dočim nista našla niti enega primera med kontrolami, ki niso prišli v nobeno dotiko s katranom. V poznejši publikaciji objavlja Schaband nove in bolj podrobne izsledke o prvotnih pljučnih tumorjih. Njegovi najvažnejši zaključki so: največja frekvenca pljučnih tumorjev je pri miškah v starosti 15—17 mesecev, katran ne deluje na pljuča direktno, marveč po ovinku preko vsega organizma in izziva v pljučih tumorje. Ti tumorji nastajajo iz epitela alveolov in bronhov in jih imenuje avtor: papilarne adenome, odn. kistadenome, tubularne adenome, papilarne adenokistome in adenokarcinome. Tu navajam le ono, kar bo za moja izvajanja bolj pomembno.

Po tem kratkem ekscerptu iz meni dostopne literature prehajam k lastnim opazovanjem. Moj material obsega 150 s katranom mazanih mišk in prav isto število kontrolnih, ki niso nikdar prišle s katranom v dotiko. Kontrola je potrebna zaradi ugotovitve frekvence pljučnih tumorjev kontrolnih mišk. Opazovane pljučne tumorje razdelimo v tri dele a) metastaze kožne ga tumorja, b) primarni pljučni tumorji in c) ostali pljučni tumorji.

1	2	3	4	5
koliko dni po pričetem ma- zanju	koliko iz te skupine	tumor culis	pljučne metastaze od 3	opomba
91—120	14	1	—*	*blastomski infiltrati
121—150	20	3**	—*	*benigni epitelijalni tumor **rožena cista
151—180	13	3	—	
181—210	17	4**	—*	*epitelijalna hiperplazija **multiple rožene ciste
211—240	14	7	—*	*epitelijalna hiperplazija
241—270	14*	6**	—	*Granulocytoma **tumor mammae
271—300	20	14	3	
301—330	9	7	2	
331—360	8*	3	—	*benigen adenoma sebac.
361—390	7	6	—*	*epitelijalna hiperplazija
391—420	4	3	1	
421—450	4	4	—*	*dva epitelijalna tumorja
451—480	2	—	—	
481—510	1	1	—	
511—540	3	2	1	
	150	63	7	

K zgornji tabeli pripominjam, da sem razdelil miške po pričetku mazanja v skupine po 30 dni od 91. do 540. dneva. Pod opombo so zaznamovani vsi tumorji, ki so se našli poleg kožnega katranskega raka in njegovih metastaz v pljučih, torej vse to, kar je povzročil ev. katran primarno ali sekundarno v tem organu.

I. Metastaze kožnega tumorja v pljučih.

Izmed 150 mazanih živalic je izkazovalo pri obdukciji 63, to je 42 % kožnega raka, od poslednjih pa 7 živalic še pljučne metastaze (11.1 %) Le-te oponašajo histološko več ali manj primarno bulo in je to že opetovano zabeleženo v slovstvu. V svoji kazuistiki pa bi hotel primerno poudarjati posebnosti nekaterih metastaz s posebnim ozirom na postanek teh metastaz.

214. Primarni tumor: kankroid.

Neka manjša metastaza v pljučih prikazuje prav pregledno, kako se zbirajo blastomske stanice okoli pljučne arterije in se širijo v okolico po alveolarnih septih v spremstvu kapilar. Kakor pogosto je tudi tu krvna žila središče mlade metastaze.

349. Primarni tumor: karcinom ploščatega epitela.

Posebnega interesa so pljučne metastaze v steni krvnih žil. Pulmonalna vena, opremljena z mišičjem, ki se povsem sklada z zgradbo srčne miškulature, je nenavadno debela. Intimi, koje pičila endotelijalna jedra tu in tam zaznavaš, sledi širok pas blastomskih stanic, ki se zunaj podobno urede kot v bazalnem skladu večskladnega epitela. Onkraj blastomskega pasu zagledaš malo zrahljan, mišičje in adventicijo, ki je infiltrirana z okroglimi stanicami. Na kraju, kjer se odcepi manjša veja, prodira blastomski oklep navidezno mišično plast. V večjih metastazah opisanega odnosa med blastomskimi stanicami in poedinimi plastmi žilne stene ne moreš več ugotoviti, ker se je blastom preveč razbohotil in je pogosto v centralnem delu že nekrotičen.

Na drugem mestu uzreš podobno metastazo zopet v vejici pljučne odvodnice, koje steno so blastomske mase skoraj docela nadomestile. Lumen je blastomsko staničje precej utesnilo, mišično plast pa razgnalo. Adventicija je rahla, edematozna, skoraj v vsem obsegu obdana z infiltrativnim plaščem. Na enem kraju prodira metastaza mišičnino.

Če hočemo poiskati analogno blastomsko strukturo v primarnem tumorju kože, naletimo tu pa tam na podobne odnose med krvno žilo in blastomom, kjer obdaja debela plast tumorskih stanic razširjeno krvno žilo kapilarne zgradbe.

544. Primarni tumor: Karcinom ploščatega epitela. Ta primer je v toliko zanimivejši, ker je dovedlo mazanje s katranom do splošne karcinomafoze v organih. Blastomske stanice pljučnih metastaz oklepajo krog in krog dve manjši veji iz pljučne odvodnice. Večja pljučna vena je kakor pogosto obdana od infiltrata, istočasno pa dobiva enostranski oklep tumorskih stanic.

577. Primarni tumor: kankroid.

Pljučna metastaza je le majhna in ne nudi posebnega interesa.

649. Primarni tumor: kankroid, mestoma zelo razdiferenciran.

Pulmo: Oklepi okoli manjših krvnih žil sestojajo včasih iz mešanice infiltrativnih in blastomskih stanic. Prav značilen je v tem primeru način širjenja metastaze, kadar prodirajo blastomske stanice polagoma po alveolovih stenah, ki jih čedalje bolj odebele.

652. Primarni tumor: karcinom ploščatega epitela z zelo razdiferenciranimi stanicami (kolizijski citoblastom moje nomenklature), v mali partiji slika kankroida.

Metastaza v pljučih: Večja metastaza komprimira bližnji pljučni parenhim in ga s svojimi stanicami infiltrira. Alveolarne stene so v metastazah deloma še zaznavne, alveoli

sami pa so polni blastomskih stanic. Druga metastaza pa prodira bronhovo steno. Histološko se ujemajo metastaze s prvotnim tumorjem, sliko kankroida pa pogrešam v metastazah.

654. Prvotni tumor: kankroid.

Pljuča: večja metastaza (cca 5 krat 5 mm), ki se histološko sklada s prvotnim tumorjem, vsebuje številna lumina krvnih žil, ki jih ostenjajo blastomske stanice v prav širokem pasu. Na nekem kraju nastaja sredi blastomskega staničja malemu angijomu podobna slika.

V petih od teh sedmih primerov se opažajo isti odnosi med krvno žilo in blastomsko metastazo: razvrščanje tumorskih stanic okoli krvne žile, od katere včasih radijarno izžarevajo mlajši poganjki blastoma, poslužujoč se pri tem alveolarnih pretinov. Blastomske stanice se urejajo okoli intime v enem, na to v dveh in več skladih, ki jih znotraj še zastira endotelijalna prevlaka. Zunaj pa se opaža često, kako se zaključi metastaza z bazalnemu skladu večskladnega ploščatega epitela podobnim skladom. Vendar se v teku časa blastomski endotelijalni pas tako širi, da čedalje bolj zožuje lumen, ki ga končno popolnoma zamaši, tako da izgubijo take metastaze v gotovi starosti in pri gotovi velikosti svoj centralni lumen in vodijo do popolne obliteracije krvne žile. Ako poiščemo tozadevne metastaze, se čudimo, kako lepo zaokrožene so. Da pa se širi metastaza tako pogosto na račun krvne žile, to nam dokazuje periferno še preostali infiltrat, ki oklepa tako metastazo kakor na drugih mnogih krajih in ravno pri miški številne krvne žile. Saj čitamo večkrat o teh infiltratih okoli mišjih krvnih žil in nismo zanje še našli zadovoljive razlage. Prav ta isti infiltrat mi izpričuje kot relikv iz prejšnjih časov kraj, kjer se je preje nahajala žilina adventicija.

V pretežni večini pljučnih metastaz mojih kožnih rakov sem torej ugotovil posebno sorodstvo blastomskih stanic do žilne stene. Samo na sebi ni to nov pojav, ker poznamo nekaj podobnega iz histoloških slik onih pravkar navedenih infiltratov. Da se pojavljajo blastomske stanice v pljučih, smemo pripisati le razsetvi tumorskih elementov po krvni poti. Kapilarno omrežje v pljučih jih polovi in fiksira v organu. Ogromna večina zadržanih blastomskih stanic bo pač v pljučih poginila, le one, ki se nahajajo neposredno ob kaki krvni žili, imajo očitno ugodnejše življenske razmere in se razvijajo tam v metastaze. Verjetno je, da je prehrana tik za intimo bolj ugodna kakor drugod in je morda to vzrok tem žilnim metastazam. Naj bo to prava razlaga ali ne, pojav sam na sebi se je dal v večini mojih preparatov jasno dognati.

Če pregledam dosedanje slovstvo z ozirom na opisani sedež pljučnih metastaz, čitam med drugimi v članku Heim-a in Schwartz-a v Jaffé-jevi knjigi na str. 783: „In manchen Fällen tritt eine ausgesprochene **perivascularäre Anordnung** der Tumorzellen hervor: es handelt sich dabei um Bilder, die durch die Ausbreitung der Geschwulst bedingt werden“. Podobno pri Schabad-u: „Sehr selten wurden sie (scil. Geschwülste) im Zentrum der Lunge angetroffen, indem sie sich hier, wie rings um die Bronchien und Gefäße, so auch in dem Lungengewebe selbst, lagerten.“ Točnejših podat-

kov pa nisem mogel najti. Sem sodi že v uvodu citirani stavek pri Woglom-u, kjer omenja: „... many of the blood vessels were occluded or extensively involved“.

Za opisano razvrščanje blastomskih stanic v metastazah predlagam, ker je tako tipično, izraz *angijotakse*, ker vzbujajo blastomske stanice vtisek, da si izbirajo zaradi nam doslej še neznanih dražljajev rajše krvno žilo kakor druge krajine.

Angijotaksa je tako izrazita le v metastazah, zelo redka v primarnem kožnem raku. Med svojimi 63 prvotnimi kožnimi raki sem jo enkrat našel in tu le redko. Presoja te angijotakse v primarnem raku je precej otežkočena, ker se pri širjenju rakastega tkiva obdajajo marsikateri krvne žile z blastomskim tkivom. Razširjene krvne žile pa so, kakor nas uče stotere izkušnje, v dermi pod maligno degeneriranim epitelom nekaj običajnega. Navzlic temu pa je angijotaksa v koži izredno redka in kakor kaže, specifična za pljučne metastaze. Pregledal sem tozadevno tudi 544, ki ima splošno karcinomatozo po kožnem raku in sicer metastaze v regijonarnih bezgavkah, v ledvici, v srcu, vranici, ampak nikjer nisem mogel najti pljučnemu fenomenu podobnega razvrščanja blastoma. V ostalem nudijo tudi pljučne metastaze mojih poskusnih živalic isto sliko, ki jo dodobra poznamo iz opisov drugih raziskovalcev.

II. Primarni pljučni tumorji.

Katran deluje na mišji organizem krajevno (na kožo, na sluznice digestijskega kakor respiracijskega trakta etc.) in po resorpciji v krvni obtok tudi neposredno na vse mogoče organe. Razne posledice so že opisane v mnogih spisih. Nas tu zanima posredni ali neposredni učinek katrana na pljuča, to se pravi, ali deluje o priliki katran na pljučno tkivo blastogeno ali ne. V tozadevnem slovstvu čitamo med drugimi o prvotnih pljučnih blastomih pri mazanih miškah in nazivajo avtorji po večini te tumorje adenome. Po Heim-u in Schwartz-u poznamo že mnogo spisov, ki se tičejo teh primarnih pljučnih bul. Za nas zadostujejo tu podatki, ki jih je priobčila M. Slye ter eksperimentalna Schabad-ova studija. Slye in njeni sodelavci so mnenja, da v literaturi tako pogosto zabeleženi pljučni tumorji niso vsi resnični blastomi, temveč da gre često za epitelijalna proraščanja v kronično vnetih oboliščih. Zlasti važne so tu pnevmonične spremembe. Znani pa so tudi pravi, izrazito maligni blastomi. Histološka slika pa dela avtorjem očitvidno precej skrbi. V obče krstijo večino pljučnih tumorjev za adenome, nekatere za tubularne, druge za papilarne. Tyzzer govori o papilarnih kistadenomih ter o epidermoidalnem raku. Tyzzer in Haaland pa sta opisala poleg tega še poroženele ploščatostanične karcinome. Slye pa je našla v takih pljučnih blastomih tudi vretenaste stanice. Bolj edini so si avtorji glede postanka tumorjev, ki naj se razvijajo ali iz alveolarnega ali bronhijalnega epitela. Schabad imenuje prvotne pljučne blastome: papilarne adenome, tubularne adenome, adenokarcinome ter papilarne adenokistome.

Ker nastajajo vsi ti pljučni blastomi po ogromni večini iz epitela alveolov, odnosno bronhov, so takšni tumorji epitelijalni tumorji in nikaki adenomi, ker se ne razvijajo iz žlezja. Po strukturi imajo papilarno, tubularno, cistično etc. zgradbo in so eli benigni ali maligni, v slednjem primeru torej karcinomi te ali one zgradbe. Izraz adenoma bi hotel rezervirati le za one bule, ki so vzrasle zanesljivo iz žleznega tkiva. Iz teh razlogov je torej nomenklatura tudi teh mišjih tumorjev zelo pomankljiva, ker je premalo enotna in pregledna.

Primarni pljučni tumorji v mojih lastnih preparatih so se pojavili precej redko. Izmed 150 mazanih mišk sem beležil: enkrat v istem organu dva taka benigna epitelijalna tumorja (650), razun tega štirikrat epitelijalno hiperplazijo, ne da bi se ev. dalje bila razvila v kakšen tumor (500, 508, 745, 746). V primeri z izsledki drugih avtorjev so moji rezultati precej pičli. Malignega primarnega blastomskega procesa pa v pljučih nisem dognal.

650. Oba mala tumorja sta nej-sne zgradbe, mestoma alveolarne. Okolno pljučno tkivo komprimirata, napram njemu sta dobro razmejeva.

508. Ta miška je v toliko zanimiva, ker se kombinira epitelijalni tumor s tumorjem mame.

Prvo vprašanje, ki se nam vsiljuje, je ono o etiologiji teh tumorjev. Najbližja in najverjetnejša je razlaga postanka teh tumorjev, o. n. hiperplazij zaradi mazanja s katranom. Da razjasnim eventualno delovanje katrana (posredno ali neposredno) na pljuča, sem pregledal vzporedno kontrolno vrsto 150 mišk, ki niso nikdar prišle v dotiko s katranom. Uspeh te kontrole je presenetljiv, ker izkazuje približno isti odstotek epitelijalnih sprememb kakor vrsta mazanih mišk, namreč štirikrat epitelijalno hiperplazijo in to dvakrat iz neznanega vzroka (519, 528, 604, 986), enkrat pa skoro gotovo zaradi pnevmoničnih sprememb, nadalje dva benigna epitelijalna tumorja (521, 866).

Iz teh opazovanj se daje sklepati, da je pri mojih miškah katran kot karcinogeni činitelj pri postanku pljučnih tumorjev zelo malo verjeten. Neko malo dovzetnost za benigne pljučne tumorje imajo sicer te miške, ampak dovzetnost se s katranom ne stopnjuje. Kakor pri mnogih drugih poskusih se tudi ob tej priliki more ugotoviti različna konstitucija poskusnih živalic, katera dovede do tako različnih poskusnih rezultatov. Murphy in Sturm sta pač operirala s posebno dovzeto rejo, ki je izkazovala že v kontrolni vrsti 5% spontanih pljučnih tumorjev, kateri odstotek je katran zvišal na 60—78%.

III. Ostali pljučni tumorji.

V ostalem je beležiti med mazanimi miškami le en primer zelo razsežnih pljučnih infiltratov, ki so urejeni okoli krvnih žil in bronhov, a se pogosto nahajajo tudi kar sredi pljučnega tkiva. V drugih organih ne pre-sega količina infiltrata običajne mere, le med srčnim mišičjem zagledaš cele verige infiltratovih stanic. Kedaj ostane infiltrat še benignen proces in kedaj ga moramo zaradi neomejenega proraščanja prištevati malignim procesom,

je težko reči. V mojem primeru (540) je to še benigni pojav. Morda bi se malignost dokumentirala šele pri presajanju. Saj je Mercier mogel prenesti takšen podoben tumor, ki mu dal naziv **lymphadénome massif du poumon**, na druge miške s prav dobrim uspehom. Mercier je opazoval te limfadenome v 10 primerih in sicer štiri kot spontane blastome, šest pa po intraperitonealnem vbrizganju katrana. Meni se zdi, da pri takem odstotku spontanih tumorjev ni mogoče govoriti o eksperimentalnem uspehu, povzročenem po vbrizganem katranu. Po vsej verjetnosti so se javili v njegovi reji ti limfadenomi kot spontani tumorji, morda jih je kakšen dražljaj v poskusu preje izzval kakor ostale „spontane“ tumorje. Mnogo bolj zanimiva pa je druga objava Mercier-a in Gosselin-a, v kateri opisujeta miško, ki je po intraperitonealni injekciji katrana kazala v pljučih maligni limfom tipa Borrel Haaland in v istem organu še epitelijalen tumor alveolarne zgradbe. Ta dupliciteta tumorjev je prav zanimiva, ker se tumorja nikakor ne izključujeta.

V mojem kontrolnem materialu (pravtako 150 mišk) sem našel enkrat blastomske infiltrate, ki se držijo krvnih žil, oziroma bronhov. Proces ni prišel v pljučih, temveč v timični žlezi, ki jo je mogočno povečal, tako da je izpolnjevala vsaj polovico prsne dupline. Blastom je metastaziral tudi v srcu, kjer najdeš pod epikardom močne infiltrate, ki neovirano prodirajo med mišična vlakna, ki jih pri tem razrivajo. Ta tumor bi prišteval limfoblastomom in ker je prvotni blastom v timu, bi mu šel še najprikladnejše naziv timoma.

Zavoljo zanimanja pripominjam, da je bila neka s katranom mazana miška, ki je izkazala epitelijalno hiperplazijo v pljučih, nositeljica tumorja mame (cističen, hemoragičen adenokarcinom).

Zusammenfassung

Lungentumoren bei Teermäusen:

Bei dieser Studie handelte es sich dem Autor darum festzustellen, welcher Art Tumoren bei Teermäusen gefunden werden. Es wurden 150 Mäuse gepinselt und parallel wurden auch 150 nichtgepinselte Mäuse untersucht, um die bei den gepinselten Tieren gefundenen Resultate richtig kontrollieren zu können.

Die Tabelle auf Seite 529 bringt eine kurze Uebersicht über die gefundenen Resultate. In der ersten Kolonne sind die Tage vermerkt, die seit dem Beginn der Teerpinselung verstrichen sind, in der zweiten Kolonne finden wir die Anzahl der Tiere der betreffenden Gruppe, in der dritten lesen wir die Zahl der Tiere mit Hautkrebs, in der vierten die Zahl der Tiere mit Lungenmetastasen des Hautkrebses. In der letzten Kolonne endlich sind die primären Lungenveränderungen angemerkt u. zw.

- ad 91—120: blastomatöse Infiltrate
- 121—150: *benignen epithelialen Tumor
xxHornzyste
- 151—180: *epitheliale Hornzysten
xxmultiple Hyperplasie
- 211—240: epitheliale Hyperplasie
- 241—270: *Granulocytoma*
xxMammatumor

* beschrieben vom Autor in der Zeitschrift für Krebsforschung 1932.

331—360: benigner Talgdrüsentumor

361—390: epitheliale Hyperplasie

421—450: zwei epitheliale Tumoren.

Demnach ergaben sich unter 150 gepinselten Tieren 63 Fälle mit Hautkrebs und von diesen 63 hatten 7 Lungenmetastasen. Autor bespricht zuerst.

I. die Lungenmetastasen des Hautkrebses.

Die Metastasen hatten im Allgemeinen den Bau des Primärtumors. Die Tumoren waren: vier Kankroide, zwei Plattenepithelkarzinome und ein Plattenepithelkarzinom, das zum Teil aus einem Kankroid, zum anderen aber aus entdifferenzierten Zellen bestand (Kollisionsmeristem nach der Nomenklatur des Autors). Fünf von diesen Metastasen liessen einen gesetzmässigen Bau erkennen. Die Geschwulstzellen der Metastase erscheinen zuerst in der unmittelbaren Nachbarschaft eines Blutgefässes oder gar in dessen Wand und breiteten sich auf zweierlei Art aus: entweder radienartig, indem sie sich dabei der zunächstliegenden Alveolarwände bedienten oder dadurch, dass sie einen mehr oder weniger gleichmässig dicken Blastomzellenmantel um das Gefäss oder dessen Intima herstellen. Die gleichmässige Verdickung der Blastomzellenschicht knapp unter der Gefässintima hat nun im Laufe der Zeit zur Folge, dass das Gefässlumen immer mehr eingeengt wird, schliesslich führt aber das Wachstum der Metastase zur Obliteration des Gefässes, das man nur noch am peripheren Infiltratmantel erkennt, der wie so oft die Lungengefässe umgibt. Die beigelegten Mikrophotogramme erläutern zur Genüge den ganzen Prozess. Wegen der besonderen Verwandtschaft der Geschwulstzellen zur Gefässwand schlage ich für diese Erscheinung den Ausdruck *Angiotaxis* vor. Ähnliche angiolaktische Erscheinungen kennen wir schon bei der Maus, da sich ja die Infiltrate so gern um die Gefässe gruppieren. Was zur Angiotaxis führt, ist schwer zu sagen. In Betracht kommen vor Allem günstigere Ernährungsbedingungen infolge der Nähe des vorüberströmenden ernährenden Blutes, möglicherweise andere chemische Verbindungen wie resorbierter Teer oder durch ihn entstandene reaktive Stoffe. Jedoch sind das nur Vermutungen. In der Literatur fand Autor Andeutungen an die beschriebene Erscheinung. Heim und Schwartz schreiben in Jaffé's Buch: „In manchen Fällen tritt eine ausgesprochene perivaskuläre Anordnung der Tumorzellen hervor: es handelt sich dabei um Bilder, die durch die Ausbreitung der Geschwulst bedingt werden.“ Zitiert sind dabei die Befunde von M. Slye. Bei Schabad lesen wir wörtlich: „Sehr selten werden sie (scil. Lungengeschwülste) im Zentrum der Lunge angetroffen, indem sie sich hier wie rings um die Bronchien und Gefässe, so auch in dem Lungengewebe selbst, lagerten.“ Endlich fand ich in Woglom die Begg-sche Arbeit zitiert und unter Anderem die kurze Bemerkung: „Widespread involvement of the lungs (scil. mit Metastasen)... was a common finding, and in one of these cases... many of the blood vessels were occluded or extensively involved“.

Die Angiotaxis scheint eine Besonderheit der Lungenmetastasen zu sein und ist als solche auf die Strukturverhältnisse des Lungenparenchyms zurückzuführen. Denn die Untersuchung der Hauttumoren war bis auf einen und nicht ganz unzweifelhaft positiven Fall durchweg negativ. Auch die Lymphknotenmetastasen zeigten keine Angiotaxis. Ebenso negativ war der diesbezügliche Befund in einem Fall von Hautteerkrebs mit allgemeiner Karzinomatose in verschiedenen Organen (Lymphknoten, Niere, Herz, Milz!).

II. Primäre Lungentumoren.

Neben anderen Literaturhinweisen interessieren uns hier die Angaben von Slye und deren Mitarbeiter, Tyzzer und Haaland, ferner Schabad. Es wäre sehr erwünscht vorerst die Benennung der Lungengeschwülste richtigzustellen. Die Autoren schreiben von papillären und tubulären Adenomen, von Adenokarzinomen und papillären Adenokystomen, erkennen aber meist die Entstehung beinahe all dieser Geschwülste aus dem Alveolar oder Bronchialepithel an. Aus diesem Grunde ist an der richtigen Benennung dieser Geschwülste als epithelialer, bzw. wenn sie malignen sind, als echter Karzinome, festzuhalten.

In den eigenen Resultaten zählt Autor einen Fall eines doppelten, benignen epithelialen Tumors auf und vier Fälle von epithelialer Hyperplasie ohne malignen Charakter, in Ganzen also sehr spärliche Resultate. An eigenen Versuchstieren aber konnte Autor Schabad-s Beobachtungen nicht bestätigen, die dahin gingen, dass Teermäuse primäre Lungengeschwülste in erhöhter Anzahl aufweisen. Besonders eklatant sind ja in dieser Hinsicht die Versuche von Murphy und Sturm, die den Prozentsatz spontaner Lungentumoren von 5 bei Teertieren auf 60—78 % erhöhen konnten. Demnach besitzen die Versuchstiere des Autors zwar eine Disposition für primäre Lungentumoren, die aber durch Teer nicht erhöht werden konnte, da unter den 150 Kontrolltieren ungefähr ebensoviele Veränderungen angetroffen wurden: zweimal benigne epitheliale Tumoren und viermal epitheliale Hyperplasie.

III. Sonstige Lungengeschwülste.

Unter den Teermäusen hatte nur ein Tierchen ausgedehnte Infiltrate um die Blutgefäße, bzw. Bronchien, und ebenso inmitten des Lungenparenchyms. Solche Infiltrate haben den Charakter einer benignen Geschwulst. Ausserhalb der Lungen sah man noch im Herzen zwischen den Muskelfasern ganze Ketten von Infiltratzellen. Das histologische Bild dieser besonderen Infiltrate erinnert an Mercier-s lymphadénome massif du p o u m o n, das er erfolgreich transplantieren konnte. Ich kann mich aber nicht entschliessen, die-e Infiltrate als experimentellen Erfolg zu deuten, da sie auch bei nichtgeteerten Mäusen vorkommen. Unter meinen 150 Kontrollmäusen fand ich einen Fall von Lymphoblastom, das wahrscheinlich vom Thymus ausgehend Metastasen in Lungen und Herz gesetzt hat (Thymom?).

Des Interesses halber sei noch erwähnt, dass eine Teermaus mit epithelialer Hyperplasie in den Lungen ein cystisches, hämorrhagisches Adenokarzinom der Brustdrüse hatte.

Literatura.

1. Jaffé, Anatomie und Pathologie der Spontanerkrankungen der kleinen Laboratoriumstiere, 1931.
2. delto, Die Infiltrate in den Organen der Maus und die Geschwulstimmunität. Zeitschr. f. Krebsforschg, 1933. 1. 38.
3. Košir, O takozvanem eksperimentalnem karcinosarkomu kože pri beli miški. Liječnički Vjesnik, 1933.
4. Lewin, Die Aetiologie der bösartigen Geschwülste. 1928.
5. Mercier, Un nouveau type de cancer du p o u m o n chez la souris. Héritéité et greffe. Compt. rend. Acad. Sciences, 1930, 1. 191.
6. Mercier in Gosselin, Goudron et tumeurs primitives du p o u m o n chez la souris. Compt. rend. Soc. biol. 1930, 1. 104.
7. Schabad, Les tumeurs primitives du p o u m o n chez les souris badigeonnées au goudron. Compt. rend. Soc. biol. 1928, 1. 99.
8. Schabad, Studien über primäre Lungengeschwülste bei Mäusen und ihr Verhalten zum Steinkohlenteer als cancerogenem Faktor. Zeitschr. f. Krebsforschg 1929, 1. 30.
9. Twort, J. M. in Twort, C. C, Disease in relation to carcinogenic agents among 60.000 experimental mice. Journ. Path and Bacteriol. 1932, 1. 35.
10. Woglom, W. H. Experimental tar cancer. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, 1926, Vol. 2.

Ob koncu se zahvaljujem kr. banki upravi dravske banovine, da mi je s svojo podporo omogočila predležečo študijo.

Razvoj govora i njegove smetnje.*

I.

Najčešće i najteže greške govora potječu iz smetnja u njegovom razvoju. Zato će nam te greške postati najrazumljivije, ako se upoznamo tim razvojem, sa silama, koje ga pokreću i sa uzrocima, koji znadu dovodjati do njegovog poremećenja.

No prije nego ćemo posmatrati razvoj govora kod čovjeka — pojedinca, treba da u kratko odgovorimo na neka pitanja, koja nam se ovdje nameću: što je uopće ljudski govor? Iz čega se on razvio? Koju vrijednost imade za pojedinca i za zajednicu?

Bit govora.

Ova naša pitanja dovodjaju u središte problematike nauke o govoru, te dodiruju probleme filozofskoga, psihološkoga i biološkoga karaktera. Jer pitanje o postanku ljudskoga govora uopće u najužoj je vezi sa tajnom postanka čovjeka i njegovog odjeljenja od svojih životinjskih predaka. Dok je artikulirani govor nešto samo za čovjeka specifičnoga, govor u najširem smislu nije samo svojina ljudi nego i životinja. Od triju najvažnijih funkcija našega govora (po Bühler-u): 1. izražavanje čuvstvenih stanja; 2. djelovanje na okolinu (saopćenje); 3. prikazivanje stvarnih odnosa (označivanje) — prve dvije funkcije dakle izražajna i komunikativna dane su i životinjskom govoru. Ovaj stoji u najtjesnijoj vezi sa efektivnim stanjima te imade očividno funkciju signaliziranja: zastrašenja neprijatelja, obavještenja i vabljenja pripadnika iste vrsti itd. Već najprimitivniji govor imade dakle za bitnu oznaku da je jedan čuvstveno-izražajni i ujedno socijalno-komunikativni instrument.

U ljudskom govoru došlo je do rasčlanjenja, do diferencijacije onoga, što je i u životinjskom govoru već sadržano, jer je u pojmu signala sadržano nužno neko, iako možda potpuno nejasno znanje o jednoj situaciji, — samo što se i akt davanja signala i akt primanja zbiva bez svjesnoga mišljenja instinktivno-nagonski. Tek čovjek si je postao svjestan simboličkoga značaja ovih glasovnih signala kao sredstva za prikazivanje stvarnih odnosa, predmeta, svojstava, prilika i odnošaja. Govor, u iskonu do nesvjesne svrsishodnosti prirode prestaje kod čovjeka da bude puki izražaj časomičnih čuvstvenih stanja i slijepih nagona, te stupa u službu mišljenja i svjesnoga htijenja.

Govor i mišljenje.

Veze izmedju duhovnoga života i govora zaista su lijesne: to pokazuje činjenica, da se naše mišljenje zbiva u glavnom u obliku unutarnjega govora. Neki tvrde, da su mišljenje i govor identični a po drugima govor

*Predavanje održano 4. V. 1934 u Zagrebu unutar ciklusa predavanja „Društva za psihičnu higijenu.“

je za mišljenje od potpuno sporedne važnosti. Istina leži u sredini: govor, glasni i tihi unutarnji važno je sredstvo ne samo sporazumijevanja nego i mišljenja te olakšava intelektualne funkcije, fiksacijom i konkretizacijom predodžaba, koje bez toga ostaju nejasne i maglovite. Nezorni, apstraktni svijet zaista bi bio teško pristupačan bez riječi, kao simbola općih pojmova. No ipak znamo, da i kod potpune nijemosti od mladosti mogu intelektualne sposobnosti, da budu intaktne n. pr. kod gluhonijemih: na mjesto mišljenja u riječima i u općim pojmovima kod ovih se ljudi mišljenja obavlja u glavnom u zornim predodžbama vizuelnoga i motoričkoga karaktera. Zato nam izgleda, da je netačno, da se mišljenje kao takovo identificira sa glasovnim govorom, iako duhovni život bez poznavanja našega govora nužno ostaje na jednom primitivnom stepenu razvika.

Značaj artikuliranog govora.

Primitivni govor u obliku izražajnih kretnja međutim se ne ograničuje samo na polje glasovno, već obuhvaća tako reći čitavo tijelo: ekstremitete (geste), lice (mimika), krvožilni sustav (blijedoća i crvenilo), srce, žlijezde, probavni sustav itd., sve kamogod seže upliv centralnoga i takozvanoga autonomnoga nervnoga sistema, na kojem se naročito ispoljavaju afektivna stanja.

Da su se baš kretnje fonetskoga aparata (ekspiracija, fonacija i artikulacija) pokazale kao najzgodnije, da se iz njih razvija ljudski govor postaje nam razumljivo, ako uočimo njihove prednosti. Akustičke utiske prima naše uho (u opreci sa optičkim utiscima oka) bez obzira sa koje strane one dolazile, jednako po dano kao i u noći. Stvaranjem raznih šumova, (konsonanti) i tonova (vokali) te njihovim vezivanjem u bezbroj kombinacija moguće je slijediti i prikazivati neizmjereno bogatstvo naših misaonih procesa do u najfinije pojedinosti, što sa optičkim simbolima (gestama) ne bi u toj mjeri bilo moguće. Pridolazi k tome još, da fonetski možemo sa minimalnim gotovo neprimjetljivim pokretajima artikulacionih organa stvoriti savršeno jasne i nadaleko čujne znakove i to sve sa izvanrednom brzinom, (oko 20 glasova u sekundi pri brzom govoru)! Sve ove prednosti odlučile su da je nagonско glasovno izražavanje afektivnih stanja postala baza iz kojih se razvija naš govor. Ta osjećaju pozadina dolazi kraj sve intelektualizacije jasno do izražaja u ritmičkim, dinamičkim i melodičkim akcentima govora: bez ovih osjećajnih akcentuacija govor bi ostao mrlav, bez uvjerljivosti i toplote, bez snage i sugestivne moći, te ne bi našao odaziva u duši slušaoca. Govor uvijek ostaje ono, što je od iskona bio: jedna prvenstveno izražajna i socijalno-komunikativna funkcija, najvažnije sredstvo za uspostavu međjuljudskoga kontakta i sporazumijevanja.

II.

Normalni razvoj govora

Prije nego što ćemo uočiti uzroke smetnja u pravilnom razvoju govora, moramo da se u kratko pozabavimo pitanjem, kako se razvija

ERIGON-SYRUP

dr. Wander

Syrupus hypophospho-sulfogvajacolicus comp.

Indikacije: Specifične in kataralne bolezni dihalnih organov (Tbc. pulmonum, bronchitis, bronchopneumonia) ter povsod, kjer je indiciran guajacol.

Doziranje: odrasli 3krat dnevno po dve mali polni žlici, otroci trikrat dnevno po eno majhno žlico.

Cena za občinstvo: Steklenica Din 37.—

HORDENZYM

Dr. Wanderjev hranljivi sladkor

Idealna trajna hrana za zdrave in bolne dojenčke po principih prof. Soxhleta

Indikacije: Pri zdravih dojenčkih za povečanje teže in pospešenje rasti namesto sladkorja. Kod dodatek zelenjavi pri prehodu na mešano hrano, pri mešanju hrane dojenčkom, ki trpe na diareji. Za otroke in odrasle prehrana, ki povzroča hitro in trajno zboljšanje.

Cena za publiko: škatlja Din 39.—

Vzorci in literaturo
pošilja:

Dr. A. WANDER D. D., Zagreb

Predpisujte domače
proizvode!

ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelj

najmočnejše prirodne oglj.-kisle (CO₂) kopelji v Jugoslaviji. Izredni uspehi pri zdravljenju bolezni srca, ledvic, želodca, jeter, gihta, kamnov in notranjih žlez

Sezona se prične s 1. majem

Radenske prirodne mineralne vode

Zdravilna,
Kraljeva,
Gizela,

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

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

Prospekti, brošure gratis!

Radio-Therma Laško



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

Tovariši!

Poverite izterjanje svojih zaostalih honorarjev lastni stanovski ustanovi

KREDITNI SANITETSKI ZADRUGI

BEOGRAD, Zeleni venac 3/II

ki vrši to uslugo z uspehom in samo proti plačilu dejanskih stroškov

ZAHTEVAJTE NAVODILA!

S TEM BOSTE PRIHRANILI ČAS IN OBRESTI

Zadruga daje članom cenena menična in hipotekarna posojila, posreduje zavarovanje vseh oblik pod posebno ugodnimi pogoji, vrši nabavo preparatov in instrumentov za zobne zdravnike, sprejema vloge na vložne knjižice in tekoči račun, daje nasvete v vprašanjih odnošajev zdravnikov do oblasti, ustanov in drugih delodajalcev, v vprašanjih zavarovanja, v vseh denarnih zadevah itd.

govor kod normalnoga čovjeka. Zato nam pružaju podatke opažanja, vršena na djeci sa strane roditelja bilo sa pedagoškoga-psihološkoga, bilo sa medicinsko-fonetskoga gledišta. Čovjek bi rekao, da ovakova opažanja moraju da bu u prastara, jer su roditelji uvijek sa divljenjem promatrali čudo razvijanja dječjih sposobnosti, te sa radošću registrirali svaki napredak. No ekzaktno promatranje razvoja dječjih-duševno-tjelesnih sposobnosti a naročito dječjega govora sa znanstvenoga gledišta plod je tek najnovijeg vremena, te su prva dijela te vrsti objelodanjena tek pod kraj prošloga stoljeća. Ova su promatranja pokazala, da je razvoj govora kod pojedinca u glavnom kratka rekapitulacija razvoja govora čitave zajednice, te se za svaku fazu toga razvoja mogu naći paralele u govoru primitivnih naroda.

Ovdje ćemo se u glavnom držati dijela Clare i Williama Šterna „Die Kindersprache“ (1907) te podataka, koji su sakupljeni u specijalnim dijelima o greškama govora Gutzmanna, Nadoleczny-a i Froeschelsa.

Preduvjeti.

Da se kod djeteta uopće može razviti govor nužno je, da su ispunjeni stanoviti preduvjeti, koji su u najtješnijoj vezi sa općim tjelesno-duševnim razvojem. Ovi se preduvjeti daju po Bühleru razdijeliti u četiri kategorije :

1. **sluh i vid moraju biti intaktni (akustičko-optički razvoj.)** Od osobite je važnosti intaktnost sluha. Već novorodjenče reagira na slušne utiske (Kulvirt, Canestrini, Liebmann, Gutzmann) a u drugom mjesecu djeteta već počinje razlikovati razne glasove. Naglušost većega stepena ili gluhoća onemogućuju razvoj govora: ovakova djeca ostaju nijema, (gluhonijema). No i slijepa djeca počinju kasnije govoriti nego druga.

2. **Dovoljan razvoj tjelesne sposobnosti i vladanja sa muskulaturom** (motor.-kinestetični razvoj) preko čisto reflektornih i nagonskih kretnja djeteta dolazi do aktivnog gibanja: tako djeteta mora biti u stanju naučiti aktivno gledati, hodati, aktivno micati s tijelom i udovima, a tako isto upravljati glasom i artikulacionim organima.

3. **Kretnje moraju doći pod vlast volje (deomotorički razvoj).** Iskustvom, da se aktivnim kretnjama postizavaju stanoviti efekti n. pr. utišanje gladi, prisutnost majke itd. ove kretnje postaju napokon hotimične.

4. **Opći tjelesno-duševni razvoj mora da bude donekle pravičan.** Već hotimično vršenje kretnja prema stečenom iskustvu povoljnoga ili nepovoljnoga efekta, iziskuje stanoviti stepen inteligencije: potreban je dovoljni stepen pažnje, pamćenja, prepoznavanja, nagona za oponašanjem, čuvstvenosti, volje itd.

Preduvjet pravilnog razvoja govora osim toga je dakako **intaktnost čitavoga t. zv. aparata za govor**, koji obuhvaća u svojem centralnom dijelu stanovite dijelove mozga u svojem srednjem živčevlju, koji spaja te dijelove sa periferijom a u perifernom dijelu organe disanja, oglašivanja i artikulacije (pluća, grlo, jezik, nepce, usne).

Bit će razumljivo, da će iz najraznoličitijih uzroka moći doći do poremećenja normalnoga razvoja govora, koji imade za preduvjet intaktnost tako mnogobrojnih i raznovrsnih faktora.

Stadiji razvoja govora kod djeteta.

Normalni razvoj dječjega govora obuhvaća u glavnom prve tri ili četiri godine života. Velim u glavnom, jer se stanovito razvijanje ili usavršavanje opaža još i kasnije sve do puberteta. Kod djevojčica taj razvoj kako je poznato obično je brži nego kod dječaka.

U tom razvoju možemo razlikovati stanovite faze, koje slijede zakoničnim slijedom i čije trajanje prema individualnim osobinama djeteta variraju unutar stanovitih vremenskih medja.

Pripralni ili predstadij u razvoju govora obuhvaća prvih devet do 15 mjeseci. Kao što sve vještine, tako se mora i govor u svojim osnovnim koordinacijama najprije vježbati. To vježbanje počinje već prvim krikom nakon rođenja. O značenju ovoga krika mnogo se u prijašnjim vremenima spekuliralo. Jedni su ga smatrali radosnim a neki žalosnim pozdravom ovoga svijeta. Mi danas u njemu vidimo čisto reflektornu pojavu, prouzročeno prodiranjem zraka u pluća i naglom promjenom temperature, kojoj je novorodjenče izloženo.

- 1—5 tjedan.** Deranje je još osjećajno indiferentno i čisto reflektorno.
- 5—7 tjedan.** Deranje postaje izražaj neugodnosti (srdžba, glad, vlaga) uzvici postaju energičniji. Intonacija tvrda.
- 7—8 tjedan.** Nastupa mekana intonacija, kao izražaj ugodnog raspoloženja osobito iza jela. Javlja se smiješak. Ugodna i neugodna razpoloženja se glasovno razlikuju.
- 3. i 4. mjesec.** Nastupa produkcija raznih glasova i glasovnih skupova. Djeteto počinje oponašati samoga sebe. Glasovi su najrazličitijeg karaktera, te se daju iz početka teško imitirati (glasovi: gukanja, pucketanja, cvilenja i t. d.)
- u 5 mjesecu** djeteto producira nesvjesno već gotovo sve glasove, (osim piskavih „i“ i „q“ (Nadoleczny).
- 6—15 mjeseci** nastupa tepanje u dva i više slogova, najprije monotono, onda sa naglašivanjem prvoga sloga i sa sve većim bogatstvom modulacije. To tepanje nosi obilježje nagonske igre i veselja nad glasovnom produkcijom i samooponašanjem.

Spontano glasovno izražavanje različnih unutanjih stanja: gladi, neugodnosti, srdžbe, veselja, nježnosti postaje sve bogatije, melodija i akcentuacija sve izrazitija. Oponašanje, koje se sporadički znade već javljati vrlo rano, zadobiva veće značenje tek koncem prve godine. Ono je osobito vjerno što se tiče melodije glasa (Tonfall) odraslih, gesta raznog žamora, a manje se odnosi na artikulirani govor. Hotimično oponašanje ovoga što više djetetu u to doba još je vrlo teško, te se zato u to nerado upušta. U to doba prevladjuju još posvema glasovne izražajne kretnje u

obliku tepanja u slogovima (prirodni simboli) i oponašanje (glasovno slikanje).

Istovremeno sa spontanim tepanjem u slogovima javljaju se i razumne reakcije. Reakcije djeteta su isprva čisto asocijativne na zakonu uvjetovanih refleksa, a ne razumne: Ako se n. pr. sa stanovitim akustičkim utiskom n. pr. stanovitom melodijom majčinog glasa redovno povezuje ugodni osjećaj utišanja gladi, dovadja to napokon do toga, da se dijete već kod primjećivanja toga glasa umiruje, i t. d. Jedan drugi korjen razumjevanja leži u pokušajima dresure sa strane roditelja: dijete se navadja na to, da na stanovite zahtjeve, pitanja i t. d. izrečene stanovitim naglaskom i popraćene odgovarajućim gestama reagira na način, koji mu se pokaže, (n. pr. kako je dijete veliko? daj ručicu!). Vremenom se u djetetu razvija shvaćanje, da glasovni izražaji stanovitoga karaktera imaju nešto da znače, da se u njima krije neki zahtjev, želja, htijenje.

Nakon ovoga pripravnog stadija dolazi koncem prve ili početkom druge godine do prvoga pravoga početka govora. Sa tri strana približava se po C. i W. Sternu djele govoru.

1. Sa strane spontanog izražajnog tepanja bez razumijevanja.
2. Sa strane razumijevanja govora odraslih ili šumova bez oponašanja.
3. Sa strane oponašanja bez razumijevanja.

Prelaz k govoru zbiva se time, da se ove isprva odjeljene funkcije spajaju u jedno, t. j. da se nagonsko tepanje i oponašanje spaja sa razumijevanjem njihovoga značenja. Djele počinje svjesno upotrebljavati neke već otprije poznate mu skupove slogova (mama, tata, dada, jaja) izrazujući tako svoj stav, — htijenje, želje, ljubav, negodovanje prema stanovitim objektima i osobama okoline, (emocionalno, volucionalni stadij po Meumannu). Ove prve riječi odgovaraju dokle sadržajno čitavim rečenicama, s njima započinje stadij t. z. v. jednoriječnih rečenica, koje znade da potraje dulje vremena, (do 6 mjeseci i dulje). Ovi se nazivi medjutim ne ograničuju na one predmete i osobe, koje su ih prvo izazvale, nego im se značenje brzo proširuje na sve, što je sa ovima povezano bilo kakovim vanjskim znacima sličnosti (asocijativno-reproduktivni stadij po Meumannu). Ti su nazivi isprva dosta malobrojni te crpljeni iz rezervoara prijašnjih prirodnih simbola i imitacija. Nastaje vrijeme zastoja, koji je medjutim samo prividan, jer djele budno prati sve što se oko njega događa, prima u sebe veliko mnoštvo glasovnih slika, te očevidno svakim danom više razumijeva što mu se govori.

U tom vremenu otkriva djele jedan za njegov čitav daljni život vanredno važan pojav: U njemu se budi spoznaja o simboličkom značaju riječi, spoznaja da svaka stvar imade svoje ime, koje je stalno i nepromjenljivo. Na to ga bez sumnje navodi činjenica, da odrasli trajno i tvrdokorno ostaju pri istim nazivima.

Kao znak ovoga velikoga otkrića bogatsvo se riječi naglo povećava. Nastupaju po prvi puta pitanja o nazivu stvari. Djele napušta jednoriječni

stadij, te počinje dvije i tri riječi zajedno spajati. Imenicama pridolaze glagoli a napokon i pridjevi (stadij substancijalni, akcioni i relacioni po C. i W. Sternu). Stvarno, voljno i afektivno, što je u jednorječnoj rečenici još bilo združeno, počimlje se gramatički diferencirati.

U prvoj polovini treće godine prestaje govor bez fleksije. Djetе uči finije formalne mjene pojmova prikazivali raznim vrstima konjugacije, deklinacije i komparacije. Stvaraju se rečenični lanci, (parataksa) položaj riječi često je svojevoljan i hirovit. Pitanja se odnose na imena stvari, na „gdje“ i „kako“ (C. i W. Stern).

U drugoj polovini treće godine završava se u glavnom razvoj govora stvaranjem glavnih i sporednih rečenica (hipotaksa). Finija diferencijacija partikula i vladanje sa težim oblicima glagola iziskuje još stanovito vrijeme učenja. Pitanja djeteta počinju da se odnose na vremenske odnose i kauzalne veze (kada, zašto?) Djetе naginje vlastitim tvorevinama riječi, koje čine ulisak posvemašnje originalnosti, no u stvari su riječi, koje potiču od okoline. (C. i W. Stern).

Fiziološko tepanje.

Karakteristična za dječji govor su mnogobrojna preoblikovanja dapače i iznakaženja riječi pri oponašanju. Tepanje čini bitnu oznaku i čar dječjega govora (stadij fiziološkoga tepanja). Ove pogreške oponašanja uzrokovane su djelom manjkavom pažnjom, djelom nedovoljnom akustičkom diferencijacijom, manjkavom vještinom artikulatornih organa i slabim pamćenjem. Djetе pri tom slijedi pravilo najmanje fiziološke poteškoće (Fritz Schulzovo pravilo) t. j. ono zamjenjuje one glasove, koji mu se čine teškim i koje ne može da oponaša sličnim lakšim ili ih ispušta (n. pr. guturalne i piskave zubnim glasovima). Dječje tepanje pokazuje sve one forme mjenjaanja glasova, koje je ustanovila poredbena lingvistika u povjesti razvoja jezika (elizija, „Lautwandel“, asimilacija, metateza, kontaminacija.) Generalna asimilacija možda je samo svojina dječjega govora.

Bilo bi krivo misliti, da dijete slijepo i mehanički kopira svoju okolinu: ono to nikada ne čini, nego kod oponašanja uvijek čini stanoviti izbor i po sadržaju i po obliku riječi a i po osobama. Djetе naime oponaša samo stanovite osobe pri čemu imaju prednost oni, s kojima je emocionalno povezano i koji su mu po godinama bliži.

Fiziološko mucanje.

Iako je razvoj govora u glavnom završen sa stadijem gramatizacije i sintaktične diferencijacije, ipak se djetе još dulje vremena ne može s njim služiti s onom vještinom i spretnošću kao odrasli. Njegovo razumjevanje za govor odraslih i njegov nagon za izražavanjem vlastitih misli obično daleko nadmašuju njegovu sposobnost govora. Iz ovoga nerazmjera između nagona za saopćenjem i nemogućnosti istom brzinom naći odgovarajuće izraze dolazi u trećoj i četvrtoj godini kod mnoge djece do čestih opeto-

vanja riječi i početnih slogova do zapinjanja, isprekidanja i suvišnih napora. Taj stadij se naziva fiziološko mucanje. Njegovu važnost ćemo kasnije još pobliže upoznati.

Čitav ovaj zakoniti razvoj govora pokazuje djelovanje dvaju glavnih psiholoških faktora: spontanog unutarnjeg nagona za izražavanjem i za oponašanjem i vanjskoga faktora, naime govora odraslih, koji dolazi u susret ovim nagnućima i kojemu se djele postepeno prilagodjuje. Može se reći: razvoj govora plod je konvergencije unutarnjih i vanjskih faktora. (C. i W. Stern). Drugim riječima: sposobnost za govor djele već nosi u sebi: no vanjsku gradju našega govora ono mora naučiti. (Gutzmann jun.)

(Nadaljevanje sledi.)

Obćni zbor Narodne protituberkulozne lige v Ljubljani se vrši
dne 28. nov. t. l. ob 10h predpoldne.

Vsi gg. zdravniki so naprošeni, da se po možnosti tega občnega zbora udeleže, ter da v svojih ligah ukrenejo vse za čim večjo udeležbo delegatov.

Iz internega oddelka Obće drž. bolnice v Ljubljani. Predstojnik: šef primarij
dr. I. Jenko

Klinična elektrokardiografija

Dr. LJ. MERCUN, asistent oddelka (6 slik) (Nadaljevanje.)

Poglejmo si torej motnje ritma in sinusu. Normalno število bila je 75, pa že fiziološko dobimo v frekvenci ritma dokaj sprememb. Že navadno delo povzroči tahikardijo, razni dražljaji vagusa (tumor cerebri, icterus itd.) pa bradikardijo (50—60). Prehod patološke v fiziološko frekvenco je torej precej zabrisan (glej sliko 12).

Izmed aritmij sinusa je praktično najbolj važna takozvana respiratorna aritmija; najdemo jo predvsem pri mladih oziroma nervoznih ljudeh. V EKG se ta respiratorna aritmija izraža kot med inspirijem razširjajoč se in med ekspirijem močno zožujoč se PP interval. Ta aritmija dela pri nervoznih ljudeh precej hude težave, vendar je ne moremo smatrati za srčno bolezen. Za zdravljenje take aritmije vporabljam ponavadi sugestivna sredstva, sedativa in pa atropin v majhnih dozah.

Med drugimi aritmijami najdemo najčesče v praksi takozvano ekstrasistolijo. Ponavadi jo najdemo pri mladih ljudeh in pa pri ljudeh, ki so zelo nervozni in sicer brez drugega objektivnega izvida. Pri takih bolnikih je ekstrasistolija funkcionalnega značaja. Ekstrasistole pa spremljajo tudi včasih druga prava organska obolenja srčne mišice; tudi pri kumulaciji z digitalko najdemo takozvano ekstrasistolijo v obliki bigeminije (glej sl. 13).

Ekstrasistole imenujemo avtomatično nastopajoče dražljaje, ki se porajajo kjerkoli v srcu in motijo normalno aktivacijo sinusovega ritma. Ker pa je srce po ekstrasistoli nekaj časa refrakturno, izpade torej tej ekstrasistoli sledeči sinusov dražljaj ter šele drugi dražljaj sinusa povzroča redno kontrakcijo. Na ta način dobivamo takozvano kompenzatorno pavzo, ki vedno sledi ekstrasistoli in je karakteristična za njo. Ekstrasistola plus kompenzatorna pavza odgovarja času dveh normalnih impulzov. Razlikujemo več vrst ekstrasistol in sicer po kraju porajanja:

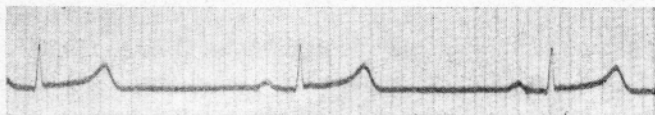
1. sinus ekstrasistole (zelo redke),
2. atrioventrikularne ekstrasistole (zelo redke),
3. preddvorne ekstrasistole; te ekstrasistole niso redke in se označujejo v EKG s tem, da nahajamo pred ekstrasistolo P zobec z normalnim QRS kompleksom.

4. Najbolj pogoste so ventrikularne ekstrasistole, ki jih delimo v ekstrasistole desnega tipa in ekstrasistole levega tipa (glej sliko 14).

Ekstrasistole se porajajo lahko ali posamič, ali pa v skupinah. Ako se porajajo v skupinah, nastajajo dolge pavze in bolnik to čuti, ker dobiva omotice. Prognoza ekstrasistol se ravna vedno po drugem srčnem izvidu. Ako sicer na srcu ni najti bolezenskih znakov, je prognoza ekstrasistol zelo dobra. Skušali pa bomo vedno preprečiti te ekstrasistole, kajti včasih so vendar predhodnice paroksizmalne tahikardije. Prognostično slabe smatramo le ekstrasistole, ki so različnega izvora (torej ventrikularne in supraventrikularne). Take ekstrasistole najdemo ponavadi pri težjih spremembah srčne mišice. Zdravljenje ekstrasistol se ravna vedno po drugem srčnem izvidu. Pri nervoznih sugestivno, pri ljudeh, ki dobivajo zaradi prevelike kave ali nezmernega vživanja kave in čaja oziroma zaradi napihnjenosti in obstipacije, pa moramo te škodljivosti odstraniti. Pri skupinsko nastopajočih ekstrasistolah rabimo chininum hydrochloricum 3 krat 0,3 ali pa celo digitalis preparat 3 krat 0,05, včasih tudi strychnin nitricum 3 krat 0,05.

Prehod iz ekstrasistolije v takozvano paroksizmalno tahikardijo je mogoč in gladek. Kot paroksizmalno tahikardijo označujemo danes napade hitrega bitja srca, ko doseže število bila v napadu do 200 udarcev na minuto. Značilno za te napade je, da se porajajo in končujejo trenutno. Sorodnost z ekstrasistolami vidimo tudi v EKG na ta način, da ponavadi nastopajo ekstrasistole v začetku napadov posamič, oziroma je prehod iz napada v normalno ritmiko naznačen z vmesnimi ekstrasistolami. Izvor teh napadov leži ali v prekatu ali v atrioventrikularnem vozlu ali trupu v mišičevju srčnih prekatov. Značilno je, da prevzame vodstvo srca drug center srčne miškulature, ki oddaja potem ritmične toda zelo visoko frekventne dražljaje celemu srcu in s tem prepreči oddajanje normalnih dražljajev srca. Glede na nastanek razločujemo v EKG različne vrste tahikardij:

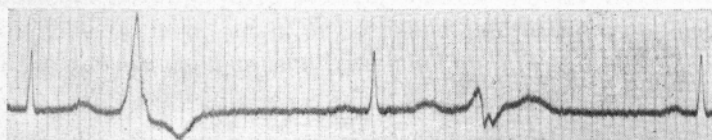
1. avrikularne tahikardije,
2. atrioventrikularne tahikardije in
3. ventrikularne tahikardije.



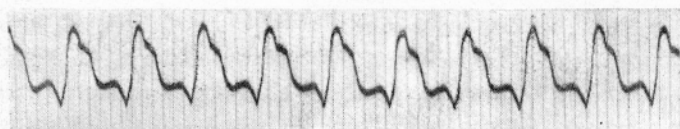
slika 12.



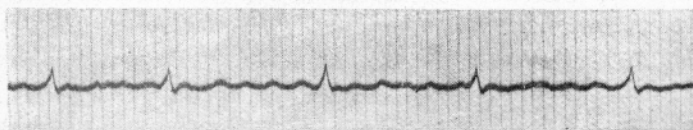
slika 13.



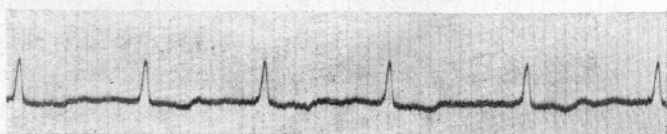
slika 14.



slika 15.



slika 16.



slika 17.

Najbolj pogoste so avrikularne tahikardije. Diagnoza tahikardij je zelo enostavna in lahka, ako se nam posreči dobiti začetek ali konec napada; sicer je diferenciacija tahikardij precej težavna. V lastni zbirki imam na razpolago samo ventrikularno tahikardijo (glej sliko 15). Pri ventrikularni tahikardiji najdemo kakor pri ventrikularnih ekstrasistolah tipično spremenjen ventrikularni kompleks, le da ti kompleksi sledijo drug drugemu v zelo hitri frekvenci.

Klinično so ti napadi precej karakteristični in sčasoma za bolnika tudi nevarni, posebno tedaj, ako trajajo dalje časa; kajti za dobro delovanje srca je najbolj ugodna srednja frekvenca, ki omogoči dovoljno in izčrpno izpraznitev in polnitev preddvorov in prekatov. Ako je frekvenca zelo velika, se ventrikli zaradi kratke diastole slabo polnijo, istočasno pa tudi srčni preddvori težko praznijo kri, kar povzroča velik zastoj v srčnih preddvorih, ki se celo nadaljuje naprej do jugularnih ven, ki pulzirajo tako močno, da opazimo že na zunaj. Tak zastoj v atrijih imenujejo Nemci Vorhofproppfung. Zakaj nastanejo ti napadi, nam je še danes precej nejasno; gotovo je v zvezi s temi napadi neka dispozicija telesa: telesni in fizični napor; motnje v endokrinem sistemu pa lahko izzovejo napad pri človeku, ki ima zato dispozicijo. Zdravljenju je prvi cilj ustaviti visoko frekvenco srca. To je možno doseči na ta način, da skušamo podražiti nervus vagus. V to svrho so nam na razpolago različni poizkusi:

1. takozvani pritisk na carotis. Ta pritisk se naj izvrši pri bolniku vedno le na eni strani,
2. bulbarni pritisk na oba očesna bulba,
3. globoko dihanje,
4. draženje bolnika k bruhanju.

S temi manipulacijami se nam posreči včasih na mah ustaviti tahikardični napad. Ako tudi s temi sredstvi ne pridemo do cilja, potem je najbolje poskusiti še intravenozno strophantin ($\frac{1}{4}$ mg v 10 ccm 25% ne razstopine grozdnega sladkorja). Ta injekcija skoraj vedno kupira napad, vendar je potrebno še nadaljnje zdravljenje t. j., da sledi prvi injekciji vsaj še 5—6 injekcij. V lažjih primerih damo lahko tudi chinin. hydrochl. 0,3 do 0,5, oziroma chinidin. 0.2 do 0,3 3krat na dan. Nevarnost te terapije je pa v tem, da kininski preparati, če je poškodovano srce, več škodijo kot koristijo.

Prognoza tahikardnih napadov je v splošnem dobra in se ti napadi polagoma z leti porazgubijo, bržkone zaradi spremembe dispozicij. Bolj nevarni so pa ti napadi, ako nastopajo pri srcu, ki je tudi sicer bolno. Prav posebno, ako se ti napadi spremenijo naposled v takozvano ventrikularno plapolanje (Kammerflimmern), komplikacijo, ki ima ponavadi smrtni izid.

Med motnjami ritmike sta najbolj pogosti 2 motnji, ki povzročata aritmijo. To je na eni strani frfotanje (Flattern); na drugi strani pa plapolanje (Flimmern). Razlika med frfotanjem in plapolanjem ni velika, temveč samo številčna. Erfotanje in plapolanje dobimo lahko v preddvoru ali v

prekatih. Klinični interes ima za nas večinoma le preddvorno frfotanje in preddvorno plapolanje. Pri preddvornem frfotanju nastopajo dražljaji v frekvenci 200 do 300 dražljajev v minuti. Tako hitro si sledeči impulzi se seveda ne morejo prevajati preko atrioventrikularnega sistema na prekat. Le redkokdaj pasirajo ti impulzi atrioventrikularni sistem in potem dobimo polno ritmiko (Vollrhythmus), to se pravi, srčna kontrakcija ima isto število frekvence kakor preddvor. Kakor smo že rekli, se to zgodi le redkokdaj. Običajno je, da zaradi hitre frekvence impulzov nastopi v atrioventrikularnem sistemu neka blokada, to je, iz preddvora na prekat prehaja samo vsak 2., oziroma 3. ali 4. ali 5. dražljaj. V takem slučaju govorimo o parcialnem bloku, ki ima razmerje 1 : 2, 1 : 3, 1 : 4, 1 : 5 itd. Blokadno razmerje je pri enem in istem bolniku ponavadi enako. Včasih se pa dogaja, da se to razmerje pri enem in istem bolniku spreminja. Naravna posledica je, da mora nastopiti velika aritmija. Potemtakem vidimo na EKG v rednih presledkih si sledeče P zobce, ki so nekoliko večji kakor normalni P zobci, v različnih intervalih pa slede le-tim F-valovom, kakor tudi imenujemo takšne P zobce, normalni QRS kompleksi (glej sliko 16). Diferenciacija preddvornega frfotanja je včasih zelo težka, posebno, kadar se F-valovi strnejo s T zobcem na eni strani, na drugi strani pa padejo v QRS kompleks ter nam na ta način kvarijo sliko ventrikularnega kompleksa, ki je sicer vedno normalen.

V EKG je frfotanje najbolj izraženo ponavadi v drugem odvodu. Včasih pa se tudi tu ne posreči, da bi ga dojeli in prisiljeni smo uporabljati direktn srčni odvod oziroma igličaste elektrode, da ga vidimo. Ako pa nastopa blokada vedno v istem razmerju, recimo v razmerju 1 : 4, potem dobimo klinično v pulzu enakomeren ritem s skoro normalno frekvenco ($300 : 4 = 75$) in le EKG nas more sedaj poučiti, da imamo pred sabo preddvorno frfotanje s parcialno blokado, ne pa normalnega ritma.

Podraženje preddvora do 300 dražljajev na minuto imenujemo frfotanje. Ako se pa frekvenca dražljajev še stopnjuje, potem nastopijo nerregularni F-valovi. To fazo imenujemo potem nečisto frfotanje (glej sliko). 600—800 dražljajev na minuto pa najdemo v kliniki pri plapolanju. Eksperimentalno lahko frekvenco dražljajev povišamo do 2000 dražljajev na minuto. Kot pri frfotanju je za nas klinično najbolj pomembno samo preddvorno plapolanje (Vorhofflimmern). Prekatno plapolanje (Kammerflimmern) se le redkokdaj najde, vendar je ta bolezen vzrok hitri smrti, kakor n. pr. jo vidimo po emboliji ali pa pri takozvani sekundni smrti po strofantinu. Že pri preddvornem frfotanju s parcialno blokado najdemo močno aritmijo. Še bolj neenakomerna je pa aritmija pri preddvornem plapolanju; očitno je, da pri tako veliki množini dražljajev mora v atrioventrikularnem sistemu nastati neka blokada, ki je prav pri plapolanju časovno neenakomerna. V EKG spoznamo preddvorno plapolanje po sledečih znakih: v vseh treh odvodih ne najdemo P zobcev, temveč namesto njih neenakomerno pretrgano izo-električno črto, aritmija ventrikularne akcije je popolna. (glej sliko 16).

Sorodnosti obeh motenj (preddvornega frfotanja in plapolanja) dokazuje karotni pritisk in pa vpliv digitalke na te motnje. Oba namreč spreminjata plapolanje v frfotanje ali pa obratno. O genezi teh motenj vemo prav malo. Ne vemo, kje nastajajo in tudi ne najdemo pri avtopsiji nobenega anatomskega substrata zanje. Erfotanje in plapolanje najdemo pri zdravem kot pri bolnem srcu, najčesče pa so te motnje vzrok za arhythmia perpetua absoluta. Spremljajo ponavadi mitralne srčne napake, posebno stenozo mitralke, hipertonijo in myodegeneratio cordis itd. Redkokdaj najdemo plapolanje pri aortnih napakah, to posebno tedaj, ako so te napake luetične narave. Tireotoksični sindromi in pa M. Basedow prikazujejo večkrat plapolanje. Klinično se pojavljajo te motnje ponavadi v začetku v kratkih napadih, ki zopet prenehajo. Polagoma postajajo ti napadi vedno daljši in motnja ostane stalna. Subjektivno čuti bolnik ponavadi hitro in nenavadno neredno utripanje srca. Akcija srca je seveda popolnoma aritmična. Zaradi te aritmije se pojavijo frustrane kontrakcije srca in slaba polnitev prekatov, kakor tudi slaba izpraznitev predvorov. Zato je naravno, da je srčno delovanje zelo oslabiljeno in pri sicer že slabem srcu pride kaj kmalu lahko do popolnega zastoja krvnega obtoka, ki se ga ponavadi ne da več popraviti. Zaradi tega je naša dolžnost, čimprej s pravilno terapijo odpraviti te motnje. Erfotanje odpravimo najbolje s kinidinom ali pa, da gaspremenimo v plapolanje in plapolanje potem spreminjamo z zdravljenjem z digitalko tako, da postaje ritmika ventriklov prav počasna (do 80 utripov na minuto). Ko smo to dosegli, pričnemo zdravljenje s kinidinom v dozi 0,25 3 krat na dan in dnevno povišamo dozo še za en prašek t. j. za 0,25. Ako smo dosegli 6 praškov na dan, potem obdržimo kinidin še kvečjemu 2—3 dni. Ako v tem času tudi še ni izginila aritmija, to se pravi, da ni prenehalo plapolanje, potem moramo na vsak način popolnoma prekiniti kinidinsko terapijo, kajti sicer preti nevarnost, da se prelevi preddvorno plapolanje v prekatno plapolanje, ki je smrtno nevarno. Splošno se moramo držati načela: pri vsaki arhythmia perpetua absoluta, ki ima zelo frekventno akcijo, dajati toliko časa digitalne preparate (digitalis, strophantin, adovern itd.), da postane ventrikularna akcija počasna. Pri tem se nam ni treba bati preveč kumulacije, skrbeti moramo le, da najdemo tisto najmanjšo dozo digitalisa, ki nam zagotovi stalno bradikardijo srčnih prekatov. Le tako se odpočijejo ventrikli ter se začno pravilno polniti. S počasno akcijo dosežemo, da postaja prekrvitev srca potom koronark boljša, kar nam pomnoži moč srčne mišice in celega krvnega obtoka. Napačno je zaradi bojazni kumulacije ob močni bradikardiji srčne akcije ustaviti digitalis, kajti če to storimo, se kaj kmalu zopet pojavi frekventna akcija srca, ki otežkoči delovanje krvnega obtoka.

Prevodne motnje (Reizleitungsstörungen).

Kot že omenjeno se dražljaji, ki se porajajo v sinusovem vozlu prevajajo na neznanih potih preko preddvora v atrioventrikularni sistem (Tavara wozel in atrioventrikularni trup) in preko His'ovih snopov do Purkinije-vili

niti in naprej v miškulaturo srca. Ako nastopa kjerkoli v tem prevodnem sistemu kakšna motnja, bodisi da se slabi prevodnost ali pa da se prekine popolnoma vod, potem dobimo motnje prevoda. Te motnje so lahko funkcionalnega značaja, kot smo to videli pri parcialnem bloku preddvornega plapolanja, ali pa imamo pred sabo organske poškodbe, ki kvarijo specifično prevodnost mišičevja prevodnega sistema. Zapomnili si pa moramo: za prevod zadošča tudi eno edino vlakno, ki je ostalo celo. Ta ugotovitev je važna, ker včasih kljub močnim organskim spremembam srčnega mišičevja in posebno specifične miškulature ne dobimo nobenih prevodnih motenj v EKG.

Razlikujemo po topografiji sledeče motnje:

1. intraventrikularne prevodne motnje,
2. intraavrikularne prevodne motnje,
3. atrioventrikularne prevodne motnje,
4. sinus-avrikularne prevodne motnje.

Intraventrikularne prevodne motnje že poznamo, povzročajo jih spremembe miokarda prekatov, n. pr. arborizacijski blok je prototip intraventrikularne prevodne motnje. Sem spada tudi takozvani kračni blok (Schenkelblock), ki ni redek. Ta kračni blok najdemo posebno v desnem kraku. Zaradi popolne prekinitve desnega kraka His-ovega snopa prevalira v EKG seveda leva stran in zato dobimo v EKG takozvani levogram z znaki, da je poškodovana srčna mišica, torej: razširjen QRS kompleks preko 0,12 sekund, globok zobec S v tretjem odvodu in visok zobec R v prvem odvodu (glej sliko 18). Vzroki za intraventrikularne prevodne motnje so ponavadi toksične miokardne spremembe, včasih pa tudi funkcionalne spremembe zaradi velike doze digitalke.

Intraavrikularne prevodne motnje spoznamo v EKG na ta način, da je spremenjen P zobec pri sicer normalnem prevodnem času. P zobec je sicer na normalnem mestu, vendar njegova oblika je pri tej motnji spremenjena. V splošnem je ta motnja precej redka.

Klinično najbolj pogosto pa najdemo takozvani atrioventrikularni blok, to je blokada ali pa popolna prekinitve voda v atrioventrikularnem prevodnem sistemu (Tawara-vozel in trup His-ovega snopa). Pri tem bloku razlikujemo delni ali parcialni blok, pri katerem še ventrikli vedno bijejo ritmus, ki ga vелеva sinusov vozel, in pa kompletni blok, pri katerem je vod popolnoma prekinjen, prekat bije svoj avtomatičen ritmus neodvisno od ritmike sinusa, čigar dražljaji ne morejo več zaradi prekinjene proge priti do prekatov.

Pri delnem parcialnem bloku razlikujemo v EKG 4 posebne vrste:

1. parcialni blok je v EKG izražen le z zakasnitvijo dražljajev iz sinusovega vozla. To se kaže v EKG tako, da je interval med zobcem P in zobcem R podaljšan. Ta interval je normalno 0,12 sekund, pri tej motnji pa najdemo večjo razdaljo nego 0,2 sekunde, v klinični patologiji pa doseže včasih celo dolgost 0,4 sekund.

2. delni blok je karakteriziran s periodičnim izpadom sistole pri naraščajoči zakasnitvi dražljajev, to se pravi: periodično izpadajo ventrikularne sistole in interval med zobcem P in zobcem R stalno narašča. To motnjo imenujejo tudi Wenkebachovo periodo tip I.

3. parcialni blok je označen s periodičnim izpadom sistole, pri čemer pa ostaja interval med zobcem P in zobcem R vedno enako dolg. To motnjo imenujemo tudi Wenkebachovo periodo tip II.

4. parcialni blok pa se izražava včasih tudi na ta način, da izpade vsaka 2., 3., oziroma 4. sistola, pri čemer so zobci P v enaki razdalji in pa medsebojno vedno enaki. V takem slučaju govorimo, da je parcialni blok v razmerju 2:1, 3:1 ali 4:1.

Medtem ko je prva in četrta vrsta parcialnega bloka ponavadi le funkcionalnega značaja sta Wenkebachovi periodi bodisi prvega ali drugega tipa vedno znak organske bolezni srčne mišice.

Totalni blok ali pa tudi totalno disociacijo imenujemo motnjo, pri kateri preddvor in prekat delujeta ločeno vsak v svojem posebnem ritmu. V EKG najdemo potemtakem ritmiko preddvorov popolnoma enakomerno, prav tako tudi enakomerno ritmiko ventriklov. Njuno razmerje pa ni več normalno, temveč distanca med zobcem P in QRS kompleksom se neprenehoma menja ter s tem kaže, da med tema dvema deloma srca ni pravnobene zveze. Klinično dobimo po navadi bradikardijo. Preddvor se krči tik pred krčenjem prekatov ali pa včasih celo istočasno s prekatom. Zaradi tega moramo dobiti kaj kmalu motnjo v delovanju srca. Ako nastopi kompletni blok trenutno, to se pravi, ne da bi že preje obstojal vsaj nekaj časa parcialni blok atrioventrikularnega sistema, potem mora nastati dolga preavtomatična pavza, t. j. odmor, ki je potreben, da prično samostojno delovati avtomatični centri v ventriklu. Posledica tega dolgega odmora je absoluten zastoj srčnega delovanja. Zaradi tega nastopa v tem času pri bolniku popolno prenehanje srčnega bitja in zaradi tega nezavest. Tak napad nezvesti in popolnega prenehanja srčnega bitja imenujemo Adam-Stock.

Prevodne motnje so po navadi posledice ali nerveze, poškodbe ali preobremenitve voda. Prav digitalka povzroča poslabšanje prevodnosti. Prognoza prevodnih motenj se ravna vedno le po splošnem stanju srčnega mišičevja, ne pa po teži prevodne motnje. Zaradi tega imata najslabšo prognozo arborizacijski in pa kračni blok. Druge prevodne motnje same po sebi — niti totalna disociacija — ne pomeni prognozično ničesar. Edino Adam-Stock-ovih napadov se bojimo, kajti nikdar ne vemo, da li so že avtomatični centri v prekatih tako močni, da se še pravočasno zbudijo k avtomatiji. Tudi Adam-Stock pomeni veliko nevarnost le tedaj, ako vemo že naprej, da je srčno mišičevje pokvarjeno.

Terapija teh motenj je precej iluzorna; za enkrat še nimamo zdravila, ki bi pospešilo oziroma olajšalo prevodnost. Sicer pa tega tudi ne rabimo. Saj se celo poslužujemo v naši terapiji digitalke, ki povzroča parcialni blok, da dobimo s tem nekako zavoro za prehitro delovanje srca, ki ograža

celokupni krvni obtok. Le na en način lahko izjemoma popravljamo blok, če je ta povzročen po luetični poškodbi specifične miškulature. V takih primerih lahko z antiluetično terapijo popolnoma zopet popravimo prevodnost specifične miškulature. Znani so v literaturi bolniki, pri katerih že od mladosti sem obstoja totalna disociacija in vendar je njih srčno delovanje kljub bradikardiji brezhibno. Pri Adam-Stock napadu se radi poslužujemo intrakardialne adrenalin-injekcije, ki baje vzbuja terciarne centre k avtomatiji. Ponavadi pa pridemo v takem napadu itak prepozno (glej slike).

To so bile motnje pri poškodbi srčne mišice in njenega prevodnega sistema. Kod dodatek bi še hotel obravnavati spremembe v EKG, ki kažejo poškodbe ožilja, ki napaja srce (tromboza, embolija in skleroza arterij koronark). Večkrat so klinični simptomi za gornje bolezni popolnoma izrazili n. pr. v napadih nastopajoče bolečine, ki izžarevajo od srca proti levi roki, smrtni strah, eventuelno perikardialno trenje, tako da je diagnoza popolnoma jasna. Mnogo primerov pa vidimo, ki imajo gori označene anamnestične težave kljub temu, da ne najdemo zanje objektivnih sprememb na srcu. Ako je tak bolnik še psihogeno usmerjen, potem je diferencialna diagnoza med angina pectoris vera in angina pectoris spuria sive vasomotoria zelo težka. Prav v zadnjih letih dobimo zlasti v mestu pri nevrastenikih namišljene simptome anginae pectoris. Neprijetno za diferenciacijo je tudi to, da taki napadi anginae pectoris popustijo po navadnih sedativih. Tak primer smo imeli tudi pri nas: 57 letni delovodja pride v bolnico in nam toži, da ima bolečine v srčni regiji, ki izžarevajo proti levi roki in pa da nastopajo te bolečine, ako hitro hodi. Pri prvem sprejemu v bolnico objektivno razen visokega pritiska nismo našli nikjer nobenih drugih organskih sprememb. Isti izvid — organsko negativen — je pacient pokazal tudi pri drugem sprejemu. Kljub specifični terapiji (lacarnol, glikozne, angioxyl injekcije) so napadi še vedno trajali. Šele pri tretjem sprejemu smo dobili aortno konfiguracijo srca pri nizkem tlaku. Ta bolnik je reagiral na sedativa tako dobro, da so napadi takoj prenehali, ko je dobil sedativum. Zaradi tega smo bili v začetku v dvomu, ali imamo pred sabo pravo angina pectoris ali namišljeno. Toda že prvi EKG (glej sliko 17) kaže absolutne znake poškodbe arterij koronark. V EKG nemreč najdemo pri ljudeh, ki imajo spremenjene arterije koronark v velikem odstotku znižanje ST črte. Včasih pa se najde zopet popolnoma normalen EKG, kljub temu, da ima bolnik tipično angina pectoris anamnezo. V literaturi navajajo, da pri takih bolnikih moremo kljub temu dokazati v EKG spremembe koronark na ta način, da bolniku pustimo opravljati razna dela (hoja po stopnjicah, več počepov itd.). Po takem delu bomo mogli v EKG tudi najti vedno znižanje ST črte.

S tem zaključujem veliko in lepo poglavje interne medicine, poglavje o boleznih in motnjah srca in njega ritmike. Žal mi je, da zaradi pomanjkanja prostora nisem morda mogel biti jasen kakor bi želel. Kdor se bo hotel posvetiti tej vedi, bo moral znati nekoliko več kot to, kar sem jaz navedel. Ta informativni članek imej za cilj vzbuditi zanimanje praktičnega

zdravnika za to še precej neznano poglavje ter mu pokazati možnosti elektrokardiografske preiskave, katere se danes lahko v danem primeru posluži. Čeprav spada k popolni preiskavi bolnega srca danes vedno elektrokardiografska preiskava, bom zadovoljen, če mi zdravnik pošlje v bolnico bolnike, katerih diagnoza in prognoza mu je nejasna.

Zusammenfassung :

Dr. L. Merčun : Klinische Elektrokardiographie. Der Verfasser bringt eine kurze Zusammenstellung der Veränderungen des Elektrokardiogrammes in der Klinik der Herzkrankheiten, die heute eine unentbehrliche Untersuchungsmethode geworden ist. Insbesondere weist er an Hand eigener Elektrokardiogramme auf die Veränderungen der T- Zacke und ST- Strecke bei Myokard- sowie Koronarveränderungen hin, die in der Klinik mit keiner anderen Methode so schnell zu erfassen sind. Die Analyse und Therapie der wichtigsten Rhythmusstörungen wird kurz erklärt. Der Verfasser schliesst mit der Hoffnung durch diese kurze Abhandlung das Interesse des praktischen Arztes für diese wichtige Herzuntersuchungsmethode erweckt zu haben.

Literatura :

Wenckebach u. Winterberg : Die unregelmässige Herzthätigkeit. L. 1927.

Winterberg : Arrhythmie. Neue deutsche Klinik. Band I.

E. Boden : Elektrokardiographie.

W. Dressler : Klinische Elektrokardiographie.

W. Dressler : Atlas der klinischen Elektrokardiographie.

Šematične skice sem z gotovo modifikacijo prevzel iz knjige E. Boden : elektrokardiografija. Elektrokardiogrami so iz moje lastne zbirke na internem oddelku Obče državne bolnice v Ljubljani. Krivulje so posnele po naravi, njih reprodukcija je na $\frac{3}{4}$ naravne velikosti zmanjšana.

Z internega oddelka Obče drž. bolnice v Ljubljani, predstojnik : Dr. I. Jenko

Nekaj statistike o tonzilektomijah v letih 1928—1932 na internem oddelku Obče drž. bolnice v Ljubljani

Dr. H. HEFERLE, sekundarij

(Nadaljevanje)

Povdarjam zlasti lepe uspehe tonzilektomije pri akutni tonzilarni sepsi; saj smo v 4 slučajih znižali temperaturo na normalo ter prekinili smrtonosno bakterijemijo. Od 6 slučajev tonzilarne sepse, ki so se vrnila na oddelek s povišano telesno toploto, so 4 tekom nekaj dni izgubili vročino ter ozdraveli. Torej 7 slučajem tonzilarne sepse, ki so bili zapisani smrti, smo oteli življenje! Dva slučaja tonzilarne sepse sta umrla, vsekakor na posledicah že pred operacijo razvitih sekundarnih septičnih vnetij. V enem od teh slučajev vročina po operaciji ni padla, ker se je medtem razvila thrombophlebitis venae brachialis sinistrae. L'girali smo to veno, pa tudi potem temperatura ni padla, bržčas vsled tega, ker se je medtem razvilo novo žarišče kje drugje. Samovoljno je bolnik odšel domov, kjer je kmalu nato umrl. V drugem slučaju umrle akutne tonzil. rne sepse se je izvršila tonzilektomija samo na levi strani, ker po mnenju operaterja desnostranska tonzilektomija ni

bila potrebna. Drugi dan se je ugotovila levostranska thrombophlebitis venae jugularis. Ta vena se je nato podvezala, vendar kljub temu temperatura ni padla. Sepsa je šla svojo pot ter se je medtem razvil empyema thoracis sinistri, radi česar smo slučaj premestili na kirurški oddelek, kjer pa je čez 14 dni umrl. En slučaj akutne tonzilarne sepse je šel ozdravljen domov, kjer je bil nad 1 leto dober. Nato pa se je vrnil z eksudativno plevritido na levi strani in s težko mitralno srčno greško. Bolnik je bil visoko febrilen. Stanje se je od dne do dne slabšalo. Odšel je neozdravljen domov, kjer je umrl.

Glede poliartričnih slučajev, ki so se vrnili na oddelek, ne da bi izgubili vročino, ugotavljam, da je v 6 slučajih obstojala povišana telesna toplota radi vnetja v sklepih. V 5 slučajih pa smo opazili sledeče komplikacije: V 1. primeru se je razvilo suho vnetje porebnerice in osrčnika ter se je bolezen v teku enega meseca ozdravila. V 2. slučaju, ki je bil kombiniran s srčno greško, je nastopil čez 14 dni po operaciji infarkt v pljučih. Bolnik je kmalu nato umrl doma, kamor so ga samovoljno vzeli sorodniki. V 3. slučaju, tudi kombiniranim s srčno greško mitralnega značaja, je nastopila vročina po operaciji radi ponovnega revmatičnega vnetja sklepov in radi svežega vnetja srčnih zaklopk, ki se je v 2 tednih poleglo ter je šel bolnik v nekaj tednih afebrilen domov. V 4. slučaju smo našli vzrok obstoječi vročini po operaciji v zobnih granulomih. Prizadeto zobovje smo ekstrahirali; bolnica pa je še isti dan odšla febrilna samovoljno domov. Kasneje smo zvedeli, da je bolnica kmalu nato ozdravela, imela pa je kasneje še majhen recidiv revmatičnega vnetja v sklepih, nato je pa popolnoma ozdravela. V 5. slučaju smo odkrili vzrok temperature v vnetljivih zadebeljenih ob gležnjih. Bolnik je odšel neozdravljen domov. Kasneje nam je pisal, da še vedno leži ter ima često bolečine v grlu. Pri ostalih 12 slučajih akutnega odnosno kroničnega vnetja sklepov smo dobili vzrok temperaturi v resorpcijskih pojavih po operativnem posegu. Vročina je v 5—7 dneh padla.

Dva primera mitralne srčne greške sta tudi po tonzilektomiji obdržala vročino. V enem primeru smo imeli priliko opaziti akuten recidiv vnetja srčnih zaklopk. V drugem slučaju temperatura po operaciji ni padla. V svrhu podveze vratnih ven smo ga ponovno poslali na otološki oddelek, od koder se je zopet vrnil, ne da bi mu vročina padla. Med tem se je razvil empyema antri Highmori ter je bila izvršena radikalna operacija čeljustne votline. Tudi po tej operaciji vročina ni padla. Bolnik je odšel neozdravljen domov, kjer je umrl.

Kar se tiče poteka akutne in kronične nefritide po tonzilektomiji pripominjam, da temperatura v enem slučaju ni padla, ter se proces na ledvicah ni izboljšal. V teku 2 mesecev po operaciji se je pojavila uraemia in exitus. V večini ostalih slučajev smo po operaciji zabeležili sprva v sedimentu malo večjo množino rdečih krvnih telescev ter višji promile Essbacha, kar smo smatrali za žariščno reakcijo. Kasneje je beljakovina pokazala

nižje vrednote kot pred operacijo, rdeča krvna telesca so ostala v manjši množini ali pa so popolnoma izginila. Krvni pritisk je skoro v vseh slučajih padel za 30—40 mm Hg. V kolikor smo opazili pri vnetjih ledvic po odstranjenju nebnic febrilen potek, smo ga mogli vedno pripisati resorpcijskim pojavom na mestu operacije.

Tonzilektomiranci so zapustili bolnico z rezultatom, ki je razviden v sledeči razpredelnici:

Diagnoza:	Ozdr.	zboljš.	neozdr.	premešč.	umrl.	skupaj
Polyarthritis rh. ac.	37	84	6	3	—	131
Polyarthr. rh. chr.	3	14	1	—	—	18
Ischias	1	2	—	—	—	3
Myositis ac.	—	1	—	—	—	1
Endocarditis rec. (et vitium cordis)	—	25	1	—	1	27
Nephritis acuta	5	59	—	—	1	65
Nephritis chr.	1	8	—	—	—	9
Nephrosis	—	1	—	—	—	1
Cholecystitis ac.	2	2	—	—	—	4
Pyelitis acuta	—	1	—	—	—	1
Pyelonephritis ac.	—	1	—	—	—	1
Tonsilitis ac.	2	3	—	—	—	5
Tonsilitis chron.	13	14	—	—	—	27
Sepsis tonsillaris	5	2	1	1	—	9
Skupaj :	69 (22.9%)	217 (71.9%)	9 (2.9%)	5 (1.9%)	2 (0.4%)	302

Kakšna je bila nadaljna usoda naših operirancev in kakšen uspeh smo pravzaprav dosegli s tonzilektomijo? Da bi dognali to, smo pismeno vprašali bolnike, kako je z njimi po odstranitvi nebnic ter ali se jim je bolezen kdaj ponovila. Na ta vprašanja je odgovorilo 227 bolnikov (63%). Iz odgovorov smo povzeli:

1. brez recidivov angin, kakor tudi spremljajočega obolenja je ostalo 144 bolnikov ali 63.3%.

2. znatno se je izboljšalo (n. pr. le sem in tja lahke bolečine v grlu, lahko trganje v sklepih itd.) 31 slučajev ali 13.2%.

3. neozdravljenih je 34 slučajev ali 14.9%.

4. umrlo je 18 slučajev ali 8.6%.

V podrobni pogled podajam sledečo razpredelnico:

Diagnoza	Ozdr.	zboljš.	neozdr.	umrl.	Skupaj
Polyarthrit. rh. ac.	54 (57.4%)	16 (17%)	19 (20.2%)	5 (5.4%)	94
Polyarthrit. rh. chr.	2 (33.4%)	— (—)	4 (66.6%)	—	6

Ischias	4 (100%)	—	—	—	4
Nephritis ac.	42 (79.2%)	6 (11.3%)	3 (5.6%)	2 (3.9%)	53
Nephritis chron.	3 (33%)	2 (22%)	—	4 (45%)	9
Endocarditis res. (et vitium cordis)	16 (69.5%)	—	3 (13%)	4 (17.5%)	23
Cholecystitis ac.	—	1 (100%)	—	—	1
Pyelitis ac.	—	1 (100%)	—	—	1
Tonsillitis ac.	5 (71.4%)	2 (22.6%)	—	—	7
Tonsillitis chron.	15 (75%)	1 (5%)	4 (20%)	—	20
Sepsis tonsillaris	3 (33.4%)	2 (22.2%)	1 (11%)	3 (33.4%)	9
Skupaj .	144 (63.3%)	31 (13.2%)	34 (14.9%)	18 (8.6%)	227

V petih slučajih revmatičnega vnetja sklepov je torej nastopil exitus letalis. Vsi ti slučajji so bili komplicirani s srčnimi greškami. V enem slučaju je še za časa bivanja v bolnici nastopil infarkt v pljučih. Samovoljno so ga sorodniki vzeli domov, kjer je umrl. O drugem slučaju nam poročajo, da je umrl radi pljučne bolezni. O treh ostalih slučajih nismo dobili sporočila načina odnosno vzroka smrti; verjetno pa je, da so umrli radi oslabljenja krvnega obtoka. Tonzilektomija se je izvršila prekasno. Srčna greška je že tako daleč napredovala, da njenega poteka v dekompenzacijo ni moglo več ustaviti odstranjenje vnetnih napadov iz tonzil. Tudi glede smrtnih slučajev pri kroničnem vnetju ledvic velja slično. Pretežni del ledvičnega tkiva je bil ob času tonzilektomije že uničen. Radi tega preostalo tkivo ni moglo nadomestiti izgube secernirajočih elementov vključ temu, da ni bilo več atak vnetja s strani tonzil. Ravnotako velja o septičnih slučajih, ki so prišli na tonzilektomijo, ko so bila razvita že sekundarna septična gnezdišča, ki so povzročila smrtni izid.

Glede neozdravljenih poliartritičnih slučajev pripominjam, da so to povečini primeri, ki so bili komplicirani s težko srčno greško ter je razumljivo, da ne morejo popolnoma ozdraveti. Nekaj poliartritičnih slučajev pa kljub tonzilektomiji dobiva od časa do časa ponovna revmatična vnetja v sklepih ter jih je smatrati kot neozdravljena. Mogoče je vzrok tem recidivom vnetno žarišče v kakem drugem delu Waldayer-jevega limfatskega obroča. V koliko je krivo nepopolno odstranjenje nebnic, odnosno samo-

enostranska tonzilektomija v večini slučajev nismo mogli ugotoviti, ker se nam bolniki niso osebno predstavili. Tudi je možno, da je jezična tonzila vrasla v tonzilarno kotanjo, iz katere so bile odstranjene nebnice, ter od tod ponovno povzroča bakteriemije (Curtius, Dicke in Wirth.) V dveh slučajih, ki sta kasneje prišla ponovno na oddelek radi poliartritičnega recidiva, smo opazili tonzilarne ostanke, ki so bili vneti. Slično smo opazili tudi v enem slučaju vnetja ledvic, ki se je vrnil na oddelek radi recidiva. V treh slučajih smo ugotovili kot vzrok recidiva enostransko odstranitev nebnic. K slučajem neozdravljenih srčnih grešk pripominjam, da so to po večini dekompenzirani primeri, ki bi jih bilo možno ozdraviti le, ako bi prišli na tonzilektomijo še v kompenziranem stanju. Glede neozdravljenega odnosno zboljšanega slučaja tonzilarne sepse moram omeniti, da je razumeti to v tem smislu, da je sepsa sama pač ozdravljena, ponavljajo pa se recidivi grlobola.

Zelo razveseljav je odstotek ozdravljenih in velik je uspeh tonzilektomije. Ako upoštevamo tudi slučaje zboljšanih ter jih prištejemo k uspešnim tonzilektomijam, znaša skupen procent z ozdravljenimi 76.5%. Še mnogo večji bi bil odstotek, ako bi bolniki prišli na operacijo v pravem času. Precejšnja množina bolnikov (80 ali 22.2%) na naše vprašanja ni odgovorila. Verjetno so to slučaji, ki so ali popolnoma ozdraveli ali pa so se znatno zboljšali ter iz kateregakoli vzroka ne odgovarjajo na naša vprašanja. Z odgovorom teh bi se odstotek uspešnih tonzilektomij gotovo povečal. Nekaj bolnikov (55 ali 14.8%) ni prejelo naših vprašalnih pisem, ker so med tem menjali naslove, ter smo dobili pisma neizpolnjena nazaj.

Kakih pomembnih kvarnih posledic po tonzilektomiji nismo opazili. Dva slučaja nam sporočata, da občutita po odstranjenju nebnic neko suhost v ustih. Tretji slučaj nam javlja, da je sedaj bolj občutljiv za prehlajenje; četrti pravi, da ima često glavobol, peti je dobil pravi glas šele po 6. mesecu in šesti je imel bolečine v grlu po operaciji 3 mesece.

Ob sklepu ugotavljam:

1. Uspeh tonzilektomije je izvrsten pri ischiasu, akutnem vnetju ledvic, kroničnem in akutnem vnetju tonzil, tonzilarni sepsi ter pri vnetju srčnih zaklopk. Prav dober je uspeh pri poliartritidah; manj dober pa je pri kroničnem vnetju ledvic ter pri dekompenziranih srčnih greškah.

2. Uspeh tonzilektomije je tem večji, čimpreje in čim temeljitejše se nebnice odstranijo.

3. Tonzilektomijo je najbolje izvršiti v afebrilnem stanju bolnika, ko akutni simptomi sekundarnega obolenja prenehajo. Tonzilektomija je pa tudi v febrilnem stanju neopasna ter nima kakih pomembnejših slabih posledic.

4. Spol in starost tonzilektomirancev ne igra tu nobene vloge. Tako otroci kakor tudi starejši bolniki prenesejo tonzilektomijo prav dobro.

5. Indikacije tonzilektomij so :

- a) vse kronično vnete nebnice,

- b) enkratno vnetje nebnic, če se pojavijo znaki splošnega obolenja in sicer: se morajo tonzile takoj odstraniti pri sepsis tonsillarisa acuta, en-

docarditis acuta, nephritis acuta in cholecystitis ter pyelitis acuta. Pri polyarthrititis acuta je dobro, da se počaka, da akutni simptomi prenehajo.

Ti ugotovitki so v prvi točki v toliko nezanesljivi, ker smo jih posneli po subjektivnih navedbah bolnikov. To velja predvsem za slučaje vnetja ledvic in obolenja srčnih zaklopk, kjer bi bila popolnoma objektivna presoja možna le na podlagi kemične in mikroskopske preiskave urina, odnosno fizikalnega ter funkcionalnega pregleda srca. Tega pa nam radi že preje omenjenih ovir ni bilo mogoče izvršiti.

Namen našemu raziskovanju je bil predvsem ta, da čimpreje dobimo splošen vpogled v potek omenjenih obolenj po odstranitvi nebnic, da naše stališče v tem vprašanju okrepimo s konkretnimi dokazi. Ni bil zadnji namen priobčitve naših uspehov s tonzilektomijami ta, da opozorimo posebno praktične zdravnike na izredno važnost kronično okuženih nebnic v patogenezi uvodoma omenjenih obolenj, ki so tudi pri nas zelo česta. Praktični zdravnik pride prvi k bolniku in v njegovih rokah je takorekoč nadaljna usoda pacienta. Važno je torej, da praktični zdravnik ve o vprašanju tonzilektomij vsaj najglavneje. Predvsem naj mu bo vodilno pravilo pri razpoznavanju uvodoma omenjenih obolenj to, da ugotovi predvsem v kakšnem stanju se nahajajo nebnice. Večkrat mu bo pri tem že sama anamneza povedala skoro vse. Ako dožene vidne znake kronično spremenjenih tonzil, naj se nemudoma odloči za njih odstranitev ter naj pacientu svetuje čimprejšnjo tonzilektomijo. Pa tudi v slučajih, kjer ne bi bilo tako evidentnih znakov vnetljivih sprememb na nebnicah, naj se odloči za tonzilektomijo, ker tudi na zunaj popolnoma normalna nebnica more v sebi kriti bolezenske kali.

Zusammenfassung :

Der Autor, der im Hefte 11/1933 des „Zdravniški Vestnik“ das Thema „Herinfektionen des Waldayerschen Rachenringes“ behandelt hat, vervollständigt dasselbe durch statistisches Material. Er gibt eine Übersicht über die Entfernung der Tonsillen bei 360 Fällen und zwar: bei akuter (145 Fälle) und chronischer (18) Polyarthrititis rheumatica; bei Ischias (5); bei akuter (78) und chronischer (15) Nephritis; bei Endocarditis und Vitium cordis (30); bei Cholecystitis acuta (4); Pyelitis acuta (2); bei akuter (14) und chronischer (35) Tonsillitis und bei Sepsis tonsillaris (10). Die Tonsillektomien wurden teilweise im febrilen, teilweise im fieberfreien Stadium gemacht. Um eine genaue Übersicht über den Operationserfolg zu bekommen, wurde jedem einzelnen Kranken eine Anfrage betreff seines späteren Gesundheitszustandes zugesandt. Den sehr guten Erfolg ersieht man aus folgendem:

Ohne Angina bzw. ohne weitere Krankheitsfolgen blieben 63,3%; gebessert, d. h. ab- und zu leichte anginöse Schmerzen oder Ziehen in den Gliedern 13,2%; ungeheilt waren 14,9%; gestorben 8,6%. (meist chron. Nephritiden)

Zum Schlusse macht der Autor besonders die praktischen Ärzte auf die zahlreichen infizierten Tonsillen auch bei uns aufmerksam, weil eben der praktische Arzt oft der erste ist, der die erkrankte Tonsille sieht und über das Schicksal seines Kranken entscheidet.

Literatura :

- 1.) Literatura navedena v članku: dr. H. Heferle, žariščne infekcije Waldayerjevega limfatičnega žrelnega obroča, „Zdravniški vestnik“ leta 1933, št. 11.
- 2.) Dr. F. Zöllner, Münch. med. Wchschft. J, 1934 No. 17.: Die Tonsillektomie bei noch frischen Entzündungen.
- 3.) F. Curtius, dr. W. Dicker, dr. E. Wirth, Die Tonsillektomie bei Endocarditis, Münch med. Wchschft. J. 1934, No. 3.

Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta

DR. JERNEJ DEMŠAR, šef-primarij

(2 slike)

Klinika bi bila na oddelku jako monotona, če bi se dan na dan ukvarjali samo z ekcemi neznane provenience, se mučili z neozdravljivo psoriasis vulgaris in se otepali muhaste gonoreje. Sicer najde dermatolog tudi pri navadnih dermatozah kake finese, n. p. kako nastajajo in se razvijajo efflorescence pri razni konstituciji pacijenta itd., vendar nas ne zadovoljijo in preženejo enoličnosti na oddelku.

Usoda nam je naklonila sredi maja primer jako redke bolezni (na tem oddelku šele drugi primer), ki je na prvi pogled sličil težki sekundarni sifilidi, a se pri natančnejšem pregledu izkazal kot pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. Tako se je uresničil tudi tukaj pregovor: Variatio delectat hominem.

B. Fr., 45 let stara, snažilka, omožena. — Pred tremi tedni so se začeli pojavljati izpuščaji brez vročine, brez srbenja, pri dobrem apetitu in splošno dobrem počutku. Začeli so se na trebuhu, pozneje po ostalem telesu. Glavobola pri tem ni imela, ne trganja. Vrat je ni bolel. Mož je zdrav, otroci tudi, splavila ni nikoli.

Stat. praes: Bolnica je srednje rasti, razmeroma dobro rejeņa, dobro izgleda. Notranji organi b. p.

Kožni status:

Izpuščaj je razpršen po vsem ž votu in končinah, predvsem je izražen po obrazu, nadlehtih in stegnih. Primarna efflorescenca je malo večja od buckine glavice, rumenkasto bleda, dobro izbočena, napeta, na vrhu je videti malo prozorna. Pri tipanju se čuti izrazit infiltrat. Pri rumenih efflorescencah je sreda bolj beljasta. Na strganje se ne odlušči luske. Pri večjih efflorescencah se pa vidijo že male luske, ki se odlušči v celoti. Ko smo odluščili luske, so efflorescence vlažne in ne krvaveče. Večje efflorescence imajo prav živ, vzvišen, svetel rob, dočim je središče temnejše in se lušči. Nekatere efflorescence so prosojne (vesicula) in obrobljene z živordečim robom. Še večje efflorescence pa kažejo tri koncentrične kroge: rdeč zunanji rob, svetlejši rumenkastordeč srednji in temnejši vdrt notranji krog. Starejše efflorescence v velikosti 1 dinarja kažejo velik rdeč halo, v sredi črno rupoidno krasto in velik infiltrat, ki gre skozi vse kožne plasti.

Efflorescence so na obrazu gostejše in krasto pokriva tu celo efflorescenco. V laseh kaže efflorescenca debelo črno krasto, obrobljeno z rdečim halo. Na rokah so podobne Variola-vakcinam. Dlani so proste, na golenih so efflorescence bolj črnikaste barve, na levi goleni sta dve z močno infiltracijo, ki je večja od izpuščaja samega in sega v subkutis. Efflorescenca predstavlja zelenkastosivo veziko, napolnjeno z hemoragično vsebino. Okrog nje je temno rdeč halo. Usta so prosta: bezgavke so v celem malenkostno povečane in ne boleče. Urin: albumen, sladkor negativna. W. R: negativna.

Kakor smo že omenili, je primer na prvi pogled podoben sekundarni sifilidi ali manjkala je multipla scleradenitis, genitalije so bile zdrave, bolnica ni izgledala težko bolna, temveč je bila sveža, ni kazala nobene specifične anemije in otrok, ki ga je pred 4 meseci porodila, je popolnoma zdrav, rad pije in ne kaže nobenih luetičnih znakov. Luetin, pri njem napravljen, je izpadel negativno. Efflorescence so imele tipičen nastanek, razvoj in zaton, ne oziraje se na to, da bi bile pri sifilidi klinično približno enake

starosti, velikosti in enakega razvoja. Eflorescence so nastopale dan na dan nove kot majhne lihenoidne papule, česar ne opažamo pri sifilidi, ki so se pozneje izmehurile, v sredi vpadle, na periferiji pa rasle naprej in to vse v akutnem stadiju, z velikim in rdečim robom, kakor to vidimo prilično pri Erythema multiforme. Syphilis smo iz teh razlogov z lahkoto in mirnim srcem izključili, posebno ko je izpadla WaR negativno.

V prvih dneh pridejo diferencialno-diagnostično v poštev še norice (Varicelle). Ne oziraje se na to, da so norice otroška bolezen, imata skupno: Prodromalni znaki kakor vročina, splošno slab počutek, glavobol, kakor jih opisujejo pri svojih primerih Oppenheim, Alenqist in drugi, so lahko tu, ali pa začenja bolezen brez njih.

Obe imati polimorfen eksantem. Pri obeh gangreniscirajo eflorescence.

Norice pa karakterizira: Rdeče lise lahko zastanejo v razvoju v večji ali manjši meri, kvečjemu, da se razvijajo v mozoljčke.

Mehurčki (vesiculae) hitro vpadejo tako, da jih drugi dan vidimo mesto napete že sesedene, splahnele ali skoraj zasušene.

Eflorescence so skoraj vse enake velikosti in povzročajo navadno močno srbečico.

Torej samo v začetku bolezni bi prišle norice v poštev, pozneje jih z lahkoto izključimo.

Bolnica je prišla po treh tednih zopet v našo ambulanco in ni tožila, da bi se ji stanje poslabšalo. Pri pregledu smo ugotovili, da so eflorescence že močno upadle. Male in srednje so obstojale samo še kot sence, temnejše lise, od katerih so se z lahkoto odluščile v celoti luske. Najmočnejše eflorescence so bile še na obrazu in levi goleni v obliki višnjevkastih obročev, s temnim središčem, oziroma so bile pokrite z debelo črnkasto krusto.

Histološkega preparata nismo napravili, ker bolnica ni dovolila izrezati posameznih eflorescenc.

Omembe vreden se mi je zdel ta primer, ker je redek in se radi sličnosti lahko zamenja s sifilido ali noricami.

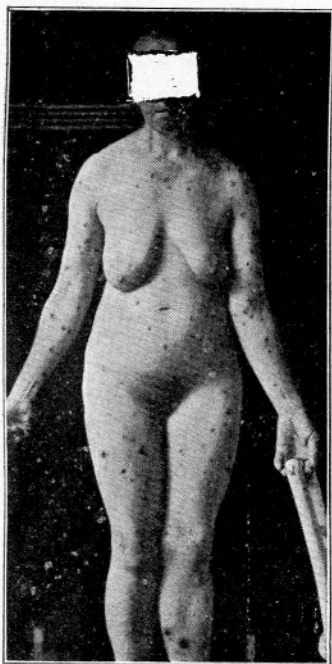
Zusammenfassung:

Dr. J. Demšar: Pytiriasis lichenoides et varioliformis acuta.

Es wird ein seltener Fall aus der Gruppe der Erythrodermien, Pytiriasis lichenoides et varioliformis acuta beschrieben, der auf den ersten Blick an Syphilis denken lässt, weniger an Varicellae. Die Patientin hatte keine für Syphilis typischen harten Drüsenschwellungen, keinen Primäraffekt, dagegen ein polymorphes Exanthem: hirse-korn bis linsengrosse, hie und da lichenoid gelbliche, an der Kuppe schuppende Papeln, die sich vergrössern, infiltrieren, zentral necrotisieren und am Rande hellrot werden. An den unteren Extremitäten sind die Efflorescencen bläulich, fast tumorartig (wie bei Mycosis fungoides).

Der Prozess flaute sehr langsam ab. Seine Aetiologie ist unbekannt.

K članku: dr. Demšar — **Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta.**



slika 1.



slika 2.

Casil-Vaginal-Tabletten

zur physiologischen Behandlung des

Fluor vaginalis

(insbesondere unspezifischen Fluor)

Orig.-Röhre 12 Tabl. 1,0 Mk. 1.— Klinik-Packung 120 Tabl. 1,0 Mk. 6.80

Abends eine Tablette möglichst tief in die Vagina einführen.

Nicht zum innerlichen Gebrauch.

Die Casil-Vaginal-Tabletten verbinden die desinfizierende Wirkung des Casil mit der physiologischen Wirkung der Milchsäure.

Nach Heurlin, v. Jäschke, Salomon*) u. a. ist die Scheidenflora ein Maßstab für die Beurteilung des physiologischen und anatomischen Zustandes des weiblichen Genitalapparates; andererseits kann aus der Bakterienwelt der Vagina auch auf eine ev. Pathologie extragenitaler Organe geschlossen werden.

Das normale Scheidensekret ist schwach sauer. In saurem Nährboden gehen pathologische Mikroben (Anaeroben) zu Grunde, während die nichtpathologischen Vaginalbazillen (Stäbchen) in richtig eingestelltem sauren, besonders in milchsäurehaltigem Nährboden wachsen und die Anaeroben unterdrücken. In neutralem oder alkalischem Nährboden werden aber die Vaginalbazillen abgetötet, während die pathologischen Keime gedeihen. Heurlin spricht von 4 Reinheitsgraden der Scheidenflora.

Umgekehrt ist es möglich, durch Casil-Vaginal-Tabletten das Wachstum der Vaginalbazillen künstlich zu fördern, die Entwicklung der pathologischen Keime zu hemmen und dadurch bei vorhandenem Fluor wieder physiologische Scheidenverhältnisse zu schaffen.

Die chemisch nicht gebundene Milchsäure (pro tabl. 0,1 g) ist bei den Casil-Vaginal-Tabletten adsorbiert an hochvoluminöses Kieselsäure-Gel und wird im Gegensatz zu anderen Präparaten, die durch schnelle Bildung der Milchsäure in der Vagina auf chemischem Wege die Flora schädigen, nur ganz langsam ausgelöst, entsprechend den jeweiligen Erfordernissen der Vagina (je saurer das Sekret ist, desto langsamer). Durchschnittlich werden innerhalb der ersten 3—4 Stunden ca. 25% und innerhalb 24 Stunden insgesamt ca. 75% frei, sodaß eine Übersäuerung in jedem Falle vermieden wird.

Das Kieselsäure-Gel besitzt außerdem infolge seines Volumens eine starke Saugkraft für Streptokokken usw., sodaß im Verein mit der kiesel-säurehaltigen Tonerde eine weitgehende Reinigung von pathologischen Keimen erfolgt, ohne Schädigung der Vaginalbazillen. Eine ätzende Wirkung wie bei Spülungen wird also vermieden.

Trifft nach Anwendung der Casil-Vaginal-Tabletten spontan wieder Fluor auf, ohne daß eine spezifische Genitalerkrankung nachweisbar ist, so ist die Ursache meist in einer extragenitalen Erkrankung zu suchen. Hier gibt das Präparat also einen Fingerzeig für die Diagnose.

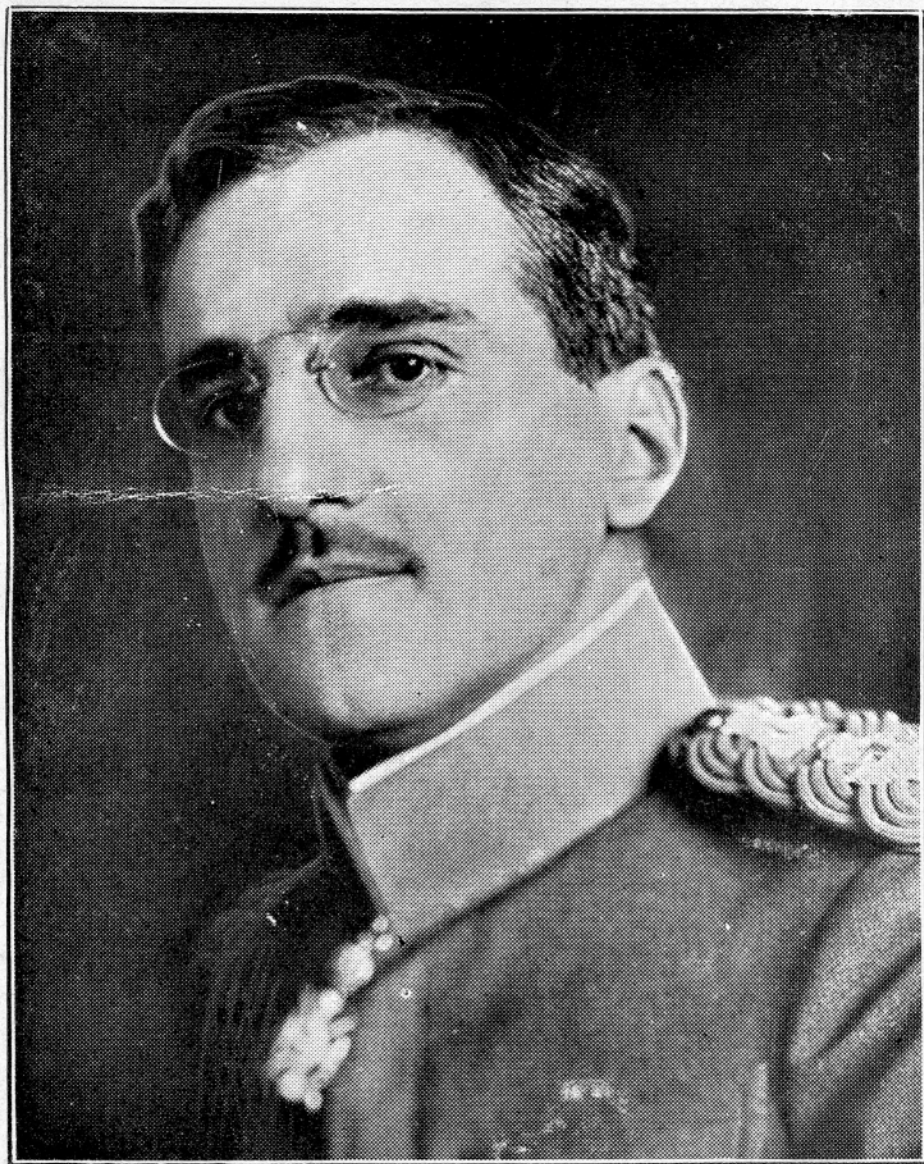
Auch bei spezifischem Fluor sind Casil-Vaginal-Tabletten, eventl. mit anderen Medikamenten zusammen, zumindest ein wertvolles Hilfsmittel, zumal sie auch desodorisierend wirken.

Der praktische Vorzug der Tabletten besteht auch darin, daß die Patientinnen die Tabletten nach Anweisung des Arztes selbst einlegen können, da das Präparat infolge eines Zellulosequellstoff-Zusatzes leicht zerfällt. Dies ist vor allem auch für die Kassen-Praxis von Bedeutung, um Zeit und Kosten zu sparen.

Literatur über Casil-Vaginal-Tabletten auf Wunsch

Lecinwerk Dr. Ernst Laves / Hannover

*) Zeitschrift für Konstitutionslehre XI. Band, Heft 2/5 u. a.



NJ. VEL. KRALJ ALEKSANDER I.

JE BIL DNE 9.X. 1934

ZLOČINSKO UMORJEN.

SLAVA VITEŠKEMU KRALJU ZEDINITELJU!

Thyangol-Pastillen.

Beurteilungen

Es liegen uns Hunderte glänzender Zeugnisse über Thyangol-Pastillen vor, teilweise von anerkannten Autoritäten ausgehend.

Eine größere Zusammenstellung davon ist in unserer Broschüre über Thyangol-Pastillen enthalten, die jedem Interessenten zur Verfügung steht.

Im Nachfolgenden führen wir nur einige wenige uns neu zugegangener Zeugnisse an, ohne daß diese Zusammenstellung auch nur im geringsten einen Anspruch auf Vollständigkeit machen könnte:

Aus der inneren Abteilung eines der größten Süddeutschen Krankenhäuser wird uns das Folgende geschrieben:

„Für die Übersendung Ihrer Thyangol-Pastillen danke ich Ihnen bestens. Zu Ihrer privaten Information möchte ich Ihnen mitteilen, daß ich mit den Erfolgen außerordentlich zufrieden war. Die Pastillen haben bei einer Patientin, welche an einer heftigen Grippe-Angina litt und bei der die verschiedensten Gurgelungen zu keiner Besserung führten, verhältnismäßig rasch die Beschwerden gelindert und zur Heilung geführt. Auch bei mir persönlich habe ich bei einer Erkältung die Tabletten ausprobiert und war mit dem Erfolg schon nach der zweiten Tablette sehr zufrieden.“

Mit vorzüglicher Hochachtung
(Unterschrift)

Aus einem weltbekannten rheinischen Krankenhaus ist uns der folgende Brief zugegangen:

„Auf Ihre freundlichen Rückfragen über Thyangol teilen wir Ihnen mit, daß die Erfahrungen mit diesem Präparate sehr befriedigende sind und wir die besten Erfolge bei Halsbeschwerden jeder Art erzielt haben. Patienten, die erfolglos mit anderen bewährten Mitteln ihre Halsbeschwerden zu beseitigen suchten, ist es gelungen, mit Thyangol-Pastillen schmerz- und fieberfrei zu werden. Thyangol ist auf unserer Abteilung für Halskrankheiten schon längere Zeit eingeführt. Um aber Thyangol in Krankenanstalten der Allgemeinheit sicherer und schneller zugänglich zu machen, würde es doch zu empfehlen sein, das Präparat auch als Klinikpackung zu offerieren.“

Der leitende Arzt eines Kinder-Sanatoriums und Kurhauses schreibt uns am 11. April 1929:

„Vor einiger Zeit sandten Sie mir auf meine Bitte einige Packungen Ihrer Thyangol-Pastillen. Ich habe dieselben seither in meiner Praxis bei schwerer Dysphagie bei Kehlkopftuberkulose sowie in einem Fall einer schweren eitrigen Angina verwendet. Ich bin mit den damit gemachten Erfahrungen in jeder Weise hoch befriedigt. Besonders bei den Fällen von Kehlkopftuberkulose war die Wirkung eine ausgezeichnete. Die Patienten, die vorher nur mit allergrößter Mühe und unter erheblichen Schmerzen ihre Nahrung notdürftig zu sich nehmen konnten, essen jetzt nach Einnahme einer Tablette kurz vor den Mahlzeiten mit gutem Appetit und vor allem ohne jedwede Schluckschmerzen. Die Wirkung ist im Vergleich zu anderen ähnlichen bisher bei diesen Dysphagien verwendeten Präparaten keine kurzdauernde, sondern eine nachhaltige, sodaß die Patienten auch in der Zwischenzeit erhebliche Erleichterung spüren. Bei einem ganz schweren Fall einer ulzerativen Larynx-tuberkulose, der jede Nahrungsaufnahme wegen der Schluckschmerzen verweigerte, bin ich mit 4 Tabletten pro Tag ausgekommen, und fühlt sich der Kranke seither wie

neugeboren. Ich werde Ihr Präparat auch weiterhin in entsprechenden Fällen verordnen, da ich mich von seiner ausgezeichneten Wirksamkeit genügend überzeugt habe und meinen Kehlkopfkranken ein den ganzen Zustand wesentlich beeinträchtigendes Symptom prompt genommen werden konnte.

Ich bemerke noch, daß meine obigen Zeilen ohne Ihre Aufforderung von mir aus an Sie gerichtet worden sind."

Ein Krankenhausarzt in Südbayern schreibt uns am 9. August 1929 das Folgende:

„Ich hatte Gelegenheit dieselben (Thyangol-Pastillen) bei Kindern, die an schwerer eitriger Mandelentzündung, einhergehend mit hohem Fieber, erkrankt waren, zu verwenden. Der Erfolg war überraschend. Die hochgradigen Schluckschmerzen, über welche die Kranken klagten und die die Nahrungsaufnahme außerordentlich behinderten, klangen schon nach der Einnahme von 1—2 Tabletten ab und der Allgemeinzustand der Kranken hob sich zusehends.“

Von dem ersten Assistenzarzt des Kurhospitals und der Kinderheilstätte eines großen deutschen Bades geht uns (Januar 1929) das folgende Schreiben zu:

„Für die mir seinerzeit überlassenen Proben Thyangol-Pastillen danke ich Ihnen. Meine Meinung geht dahin, daß die Pharmazie durch Einführung der Thyangol-Pastillen eine wertvolle Bereicherung eines wirklich wertvollen Präparates erfahren hat.

Ich habe Thyangol-Pastillen oft verordnet und stets mit bestem Erfolge, auch da, wo alle anderen üblichen Hustenmittel vollkommen versagten.“

**Hochachtungsvoll
(Unterschrift)**

Ein Genesungsheim in Mecklenburg schreibt uns am 6. August 1929:

„Auf Ihre Anfrage vom 2. d. Mts. bestätigen wir Ihnen gern, daß unsere bisherigen Erfahrungen mit Ihren Thyangol-Pastillen ein günstiges Ergebnis gehabt haben. Nach Einnahme der Pastillen war auch bei schweren Kehlkopftuberkulösen das Schlucken von Speisen fast schmerzfrei, andererseits leisteten uns die Pastillen bei sehr empfindlichen Patienten gute Dienste zur Einführung des Kehlkopfspiegels.“

Hochachtungsvoll
(Unterschrift)

Eine Thüringische Stiftungsverwaltung schreibt uns am 8. Mai 1930:

„Die Wirkung Ihrer Thyangol-Pastillen ist eine im höchsten Grade befriedigende, wir konnten in zwei Fällen schon nach Gebrauch einiger Pastillen eine wesentliche Besserung bei Hals- und Schluckbeschwerden feststellen, auch ließen die heftigen Hustenanfälle nach.“

Hochachtungsvoll
(Unterschrift)

Ein Facharzt und Regierungsmedizinalrat in Westfalen schreibt am 17. März 1930:

„Hinsichtlich Ihrer mir liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellten Thyangol-Pastillen teile ich Ihnen mit, daß ich sie bei anginösen Zuständen aller Art geradezu hervorragend wirksam gefunden habe. Beginnende Rötungen und Schwellungen, sowie die damit verbundenen Schluckbeschwerden gingen prompt zurück. Oft genügten schon 1—2 Tabletten. Die so sehr angenehme Art der Anwendung empfiehlt das Mittel noch mehr. Ich werde die Pastillen als Prophylaktikum wie Heilmittel gebrauchen, es auch für Hausapotheken als überaus zweckmäßig empfehlen.“

Mit vorzüglicher Hochachtung
(Unterschrift)

**Ein Wohlfahrtsarzt aus Berlin schreibt am
29. Mai 1929:**

„Die Thyangol-Pastillen verordne ich gern und sie bewähren sich ausgezeichnet bei Anginen, Rachenkatarrhen, Symptomen beg. Grippe, die ich dadurch oft coupiert zu haben glaube.

Mit bestem Dank für die Proben“

Hochachtungsvoll!

(Unterschrift)

**Ein anderer Arzt aus Berlin schreibt am
9. Februar 1930:**

„....., daß ich mit den Thyangol-Pastillen die besten Erfahrungen gemacht habe. Nach meiner Kenntnis ist dieses Präparat zur Zeit das einzige, das bei heftigen Anginen und Pharyngitiden unmittelbare Linderung der Beschwerden bringt.“

Ein Arzt aus Bayern schreibt am 26. Januar 1930:

„Ich fühle mich verpflichtet, Ihnen unaufgefordert mitzuteilen, daß ich mit Ihren Thyangol-Pastillen bei allen Formen von Halsaffektionen die denkbar besten Erfolge beobachten konnte. Auch persönlich habe ich die Thyangol-Pastillen während einer durchgemachten Angina schätzen gelernt.“

Hochachtungsvoll

(Unterschrift)

Einige Zeugnisse von zahnärztlicher Seite!

Ein Zahnarzt aus Sachsen schreibt uns am 3. Dezember 1929:

Für die mir kürzlich zugesandten Proben Ihres Präparates Thyangol danke ich bestens. Ich habe dieses Präparat mehrfach ausprobiert und bin mit dessen Wirkung sehr zufrieden.

Besonders in einem Falle, wo eine Patientin infolge eines Unfalles an einer schweren Zwerchiellreizung leidet, sodaß jede Berührung der Mundschleimhaut fast ausgeschlossen ist, auch das Einlegen von Watterollen war bisher unmöglich, habe ich die besten Erfolge gehabt. Eine Behandlung war seitdem erst möglich."

*Hochachtungsvoll
(Unterschrift)*

Ein Zahnarzt aus der Provinz Sachsen schreibt uns am 7. Februar 1930:

„Besten Dank für die Übersendung der Proben von Thyangol-Pastillen. Ich bin damit, wie ich Ihnen bereits mitteilte, sehr zufrieden und möchte sie nicht mehr in meiner Praxis missen. Am meisten habe ich sie beim Abdrucknehmen gebraucht, wenn Patienten einen sehr empfindlichen Gaumen oder eine empfindliche Zunge hatten, und zwar immer mit verblüffendem Erfolg, nicht nur für mich, sondern auch für die Patienten, bei denen dann das Abdrucknehmen tadellos von statten ging. Einigemal hatte ich auch Gelegenheit, das Mittel bei Erkältungszuständen der Rachenschleimhaut anzuwenden, ebenfalls mit sehr gutem Erfolg.“

*Hochachtungsvoll
(Unterschrift)*

**Ein Zahnarzt aus dem Rheinland schreibt
am 10. April 1930:**

„Meine Erfahrungen mit Ihren Thyangol-Pastillen sind außerordentlich zufriedenstellend, sowohl beim Abdrucknehmen bei empfindlichen Patienten, sowie beim ersten Tragen und Einsetzen von Plattenprothesen und Brücken. Gerne verordne ich diese auch bei jeder Art von Mundentzündungen, da der Patient die so wichtige Mundreinigung leichter und gründlicher vornehmen kann. In allen angeführten Fällen erleichtern sie dem Patient und dem Arzt das Leben.“

*Hochachtungsvoll
(Unterschrift)*

**Ein Zahnarzt aus Westfalen schreibt am
5. Juli 1930:**

„Auf Ihre Anfrage teile ich Ihnen gerne mit, daß Ihre Thyangol-Pastillen zur Linderung einer Angina vorzügliche Dienste leisteten. Besonders schönen Erfolg hatte ich damit bei starkem Brechreiz beim Abdrucknehmen, wobei sie verschiedentlich zu glänzendem Erfolg geholfen haben. Der Reiz war sofort geschwunden.“

*Hochachtungsvoll
(Unterschrift)*

**Ein Zahnarzt aus Mitteldeutschland schreibt
uns am 13. November 1930:**

„Ich teile Ihnen hierdurch mit, daß ich Thyangol-Pastillen schon seit vielen Jahren nur mit dem besten Erfolg benutze und daß sie sowohl in meiner Praxis wie auch für meinen Privatbedarf unentbehrlich sind.“

*Hochachtungsvoll
(Unterschrift)*

Einer der ersten Zahnärzte in einem schlesischen Bad schreibt uns:

„Ich bestätige Ihnen gern, daß ich mit Ihren Thyangol-Pastillen ausnehmend zufrieden bin. Ein bis zwei Pastillen vor Abnahme eines Abdrucks verhindert auch bei sensiblen Patienten den so störenden und auch nicht ungefährlichen Brechreiz und was mindestens so wichtig ist, vermeidet das quälende Angstgefühl beim Patienten. Bei schwerer Stomatitis beseitigen sie das lästige Brennen und beschleunigen augenscheinlich auch den Heilungsverlauf. Bei leichteren Erkältungserscheinungen der oberen Luftwege habe ich damit auch die besten Erfahrungen gemacht. Trotz des anfanglich unangenehmen Geschmacks werden die Pastillen wegen der eklatanten Erfolge gern genommen.“

Hochachtungsvoll
(Unterschrift)

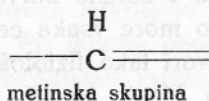
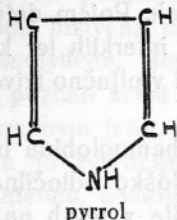
Die Unterstreichungen einiger Stellen im Text rühren von uns her.

Muster, Drucksachen und Literatur durch:

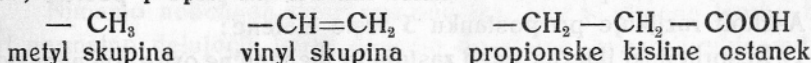
**Dr. Thilo & Co., Chemische Fabrik
Mainz.**

O žolčnem barvilu in genezi zlatence*

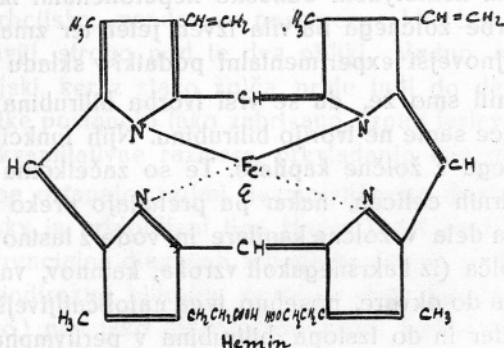
Žolčno barvilo bilirubin je haematogen pigment. Kemija bilirubina nam bo zato razumljiva, če izhajamo iz kemične sestave rudečega krvnega barvila. Strukturna formula zadnjega pa je poznana. Molekula haemoglobina sestoji iz štirih heterocikličnih, substituiranih pyrrolovih jeder, ki so med seboj vezana s štirimi metinskimi skupinami.



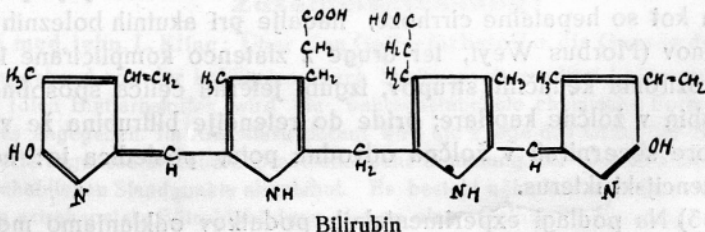
Kot substituenti nastopajo v pyrrolovih jedrih štiri metyl- in dve vinyl skupini, ter dva propionske kisline ostanka



Poleg tega se nahaja v molekuli haemoglobina kompleksno vezano železo. Strukturna formula hemina**, dokazana potom direktne sinteze po H. Fischerju, je potem sledeča :



Pri tvorbi bilirubina se iz molekule krvnega barvila odcepi železo, ter ena metinska skupina. S tem se razklene obroč in v molekulo vstopita dva kisikova atoma. Bilirubin bi imel potem sledečo formulo:



* Predavanje oddržano 7./IV. t. l. na internem oddelku splošne bolnice v Ljubljani

** Hemin je chloriderival krvnega barvila, sama barvna komponenta oxyhemoglobina hematin, ima mesto klorovega atoma OH skupino v molekuli.

Prehod krvnega barvila v bilirubin je torej oksidačni proces. Ta oksidacija, ki more biti samo fermentativnega značaja se lahko vrši v vsaki celici, ni vezana na gotov organ, je ubikvitarna. Dokaz nam dajejo spremembe, ki jih opažamo na haemoglobinu pri haematomih ter podpludbah po kontuzijah (barva prehaja iz rudeče v rumeno, zeleno, vijolčno: podobna lestvica barv kot jo poznamo od Gmelinove reakcije na žolčno barvilo v seču), nadalje najdba kristalov hematoidina, — ki je identičen z bilirubinom, — v starih krvnih extravazatih po apopleksijah. Potem dejstvo, da dobimo žolčno barvilo v starih trombih, v pljučnih infarktih ter končno, da moremo eksperimentalno, potem vbrizgavanja krvi v pljučno tkivo doseči prehod krvnega barvila v žolčno barvilo.

Dasiravno more vsaka celica tvoriti iz hemoglobina bilirubin, vendar se praktično tvori tako fiziološko kakor patološko odločilna kvantiteta bilirubina v jetrih. Mesto tvorbe žolčnega barvila v jetrih pa ni jetrna celica ampak so celice RES. Množina bilirubina tvorečega se v RES izven jeter je minimalna, ter za postanek zlatence nikakor ne pride v poštev.

Aschoff razlikuje po postanku 3 vrste zlatenc:

1) Resorpcijski ikterus vsled zastoja in mehanične ovire žolčnega odтока.
2) Retencijski ikterus pri sekretoričnih motnjah, kot nastopajo pri obolenju jeternega parenhyma.

3) Dinamični, hemolitični odnosno hepatolienalni ikterus, nastopajoč vsled zvišane tvorbe žolčnega barvila izven jeter ter zmanjšane resorpcije.

Kako so najnovejši eksperimentalni podatki v skladu s to razdelitvijo?

Ad 1. Omenili smo že, da se vrši tvorba bilirubina predvsem v RES jeter. Jeterne celice same ne tvorijo bilirubina. Njih funkcija je v prevajanju in izločevanju istega v žolčne kapilare. Te so začetkoma brez stene, omejene samo po jetrnih celicah, nakar pa prehajajo preko nekoliko razširjenega ampularnega dela v žolčne kapilare in vode z lastno steno. Pri mehničnem zastoju žolča (iz kakršnegakoli vzroka, kamnov, vnetih procesov itd.) pride vsled pritiska do okvare, posebno tega najboljčutljivejšega ampularnega dela žolčnih kapilar in do izstopa bilirubina v perilymphatični prostor, bodisi per diapedesin ali pa per rhexin. Posledica je vitalno barvanje vseh tkiv organizma z bilirubinom: cholangiogeni, resorpcijski ikterus.

Ad. 2) Pri okvarah jeternega parenhyma kakor nastopajo pri kroničnih obolenjih kot so hepatalne cirkhoze, nadalje pri akutnih boleznih pod vplivom toxinov (Morbus Weyl, ter druge z zlatenco komplicirane infekcijske bolezni) oziroma kemičnih strupov, izgubi jeterna celica sposobnost prevajati bilirubin v žolčne kapilare; pride do retencije bilirubina že v RES, ker se ne more secernirati v žolčna odvodna pota, posledica je: hepatocelularen, retencijski ikterus.

Ad. 3) Na podlagi eksperimentalnih podatkov odklanjamo možnost posebnega dinamičnega ikterusa. Ni dokazano, da bi se izven jeter mogla tvoriti taka količina žolčnega barvila, da bi imela za posledico zlatenco. V vseh onih slučajih, pri katerih se je dosedaj mislilo, da imamo zvečano

anhepatelno tvorbo žolčnega barvila moglo se je problem reducirati na slučaj 1. ali 2. Tako je Ohno mogel dokazati, da je toluylendiamni ikterus — klasičen primer krvnega strupa in dinamičnega ikterusa — povzročen vsled direktne okvare ampularnega dela žolčnih kapilar po toluylendiaminu. Žolč per diapedesin izstopa v lymphne prostore, od tu gre preko Ductus thoracicus v kri. Podvez tega limfatičnega voda ima za posledico, da ikterus izostane. Ni povečana hepatolienalno se tvoreča množina bilirubina vzrok zlatenci, bistvena je poškodba žolčnih kapilar. Toluylendiamin ne povzroča hemolitičen, ampak cholengiogen resorpcijski ikterus. Phenylhydrazin, drug poznan krvni strup, pa poleg okvare ampularnega dela oškoduje tudi parenhym jeter. Po njem povzročen ikterus je torej kombinacija resorpcijskega in retencijskega ikterusa. Pri ikterus neonatorum, ki se ga smatra za zlatenco, nastopajočo po extrahepatalno zvišeni tvorbi bilirubina, pa leži vzrok verjetno v relativni insuficijenci jeterne celice, katere izločilna funkcija, podobno kot pri parenhymu ledvic prve dni po porodu še ni na višku.

Nimamo nobenega sigurnega podatka, kjer bi zvišana tvorba bilirubina pri normalno delujočih jetrih dovedla do stalne hyperbilirubinemije in zlatence, zato pa genezo 3. z znanstvenega stališča oklanjamo. S tem pa je, sicer v novi obliki, potrjen star Minskowskijev stavek: Ni zlatence brez jeter.

Čeprav so navedeni eksperimenti reducirali genezo zlatence na retencijsko in resorpcijsko, vendar se posamezne klinične slike ne dajo točno omejiti in spraviti strogo pod te dve obliki. Vedno spremlja resorpcijski ikterus retencijski, ker z stazo žolča pride tudi do delne okvare jeternega parenhyma. Slike postanejo tako zabrisane, izpad fericyanidreakcije nejasen. Odločilne so kvantitativne razmere, prevladanje ene oblike nad drugo.

Vseeno pa ostanejo pojmi haemolitičnega ikterusa, kot je prirojeni (Tipa Minkowsky in pridobljeni tipa Hayem), pri polni veljavi za praktično medicino. Diferencialna diagnoza teh dveh zlatenc podana po Hymans van den Berghovi indirektni bilirubin probi ter sicer karakteristični klinični sliki (tumor lienis etc.) nas tako diagnostično kakor terapevtično upravičujejo, da Aschoffovo razdelitev zlatenc lahko sprejmemo kot klinično primerno, dasi-ravno z znanstvenega stališča nima več svojega raison d'être.

Zusammenfassung:

Dr. phil. med. tehn. L. Klinc: Über den Gallenfarbstoff u. die Genese der Gelbsucht.

Ausgehend von der bekannten durch Synthese einwandfrei bewiesenen Strukturformel des roten Blutfarbstoffes wird die wahrscheinlichste chemische Formel des Gallenfarbstoffes angegeben. Im Anschluss darauf wird die Frage des Ortes der Bilirubinbildung und die Icterusgenese diskutiert. Die Aschoffsche Einteilung der Gelbsuchtförmungen wird vom wissenschaftlichen Standpunkte abgelehnt. Es besteht nämlich kein Beweis für eine vergrößerte extrahepatale Bilirubinbildung, die zu einer Gelbsucht führen könnte, andererseits sprechen aber experimentelle Tatsachen gegen die Annahme eines hämolytischen Icterus.

Literatura:

Thannhauser: Stoffwechselprobleme. Berlin 1934.

Urejuje priv. doc. dr. B. Škerlj, Ljubljana, Gajeva 8.

Ali ima alkohol upliv na razmerje spolov otrok?

Priv. doc. dr. B. Škerlj

Naslovno vprašanje se zdi na prvi pogled gotovo čudno. Kako naj bi alkohol, o katerem ne vemo nič več, kakor da upliva najbrže kvarno tudi na zarodne stanice človeka, uplival tudi na spol otrok, ali se rodi več deklic ali več dečkov!

In vendar imamo že opazovanja, ki govore za spremenjeno razmerje spolov otrok alkoholiziranih staršev. Po moji vednosti je prvi objavil izsledke take raziskave *R. Fetscher* v Dresdenu. Našel je na večjem številu rodovnikov (214 alkoholiziranih staršev), da se rodi povprečno na 100 deklic 152 dečkov! Bilo je 715 otrok, od teh 432 dečkov in le 283 deklic. Znano je, da je normalno razmerje spolov pri porodu nekako 100 deklic: 107 dečkom. *Fetscher-jevo* opazovanje v bistvu vstreza izsledkom *A. Bluhm-ove* pri miših, ki jih je „alkoholizirala“ in opazovala skozi 8 generacij (bilo jih je preko 32000!)

Fetscher-ju ugovarja *F. Kruse*, ki ni našel spremenjenega spolnega razmerja pri otrocih alkoholiziranih staršev (na 100 deklic le 105,2 dečkov). Iz 119 alkoholiziranih staršev je bilo namreč 435 otrok, od katerih je bilo 222 dečkov in 213 deklic.

O priliki preiskave otrok naše Državne pomožne šole sem pazil tudi na tu načeto vprašanje. Spolno razmerje otrok je bilo že povprečno močno spremenjeno, na 100 deklic se je namreč rodilo 137 dečkov! Toda če izmed teh 64 rodovnikov (odn. tu samo staršev) pogledamo le onih 33, ki so alkoholiki, dobimo na 100 deklic celo 145 dečkov. To razmerje se pa dokaj ujema s *Fetscher-jevim*. Ti dve seriji kažeta torej, da upliva alkohol v tem smislu, da se rodi znatno več dečkov kakor normalno.

Nasprotno pa kažejo skušnje *Kruse-ja*. In tudi k tem imam paralelo iz lastnih skušenj. V Pragi sem l. 1928. nabral na mestnem Pedološkem zavodu preko 300 rodovnikov večinoma manjvrednih otrok. Alkoholiziranih staršev je bilo skupno 224 (tu so vpošteti le ti starši, pri katerih je bil spol njihovih otrok znan). Teh 224 staršev je skupno imelo 1164 otrok, in sicer 593 dečkov in 571 deklic. Razmerje je tu „pod normalo“, na 100 deklic le 104 dečki!

Predno preidemo na vprašanja vzrokov in genetike, si oglejmo obe seriji z ozirom na starše natančneje. Saj morda ni vseeno, ali je alkoholik le oče, ali le mati, ali pa sta oba starša zapadla pijači.

Ljubljanska serija 33 alkoholiziranih staršev je imela 174 otrok, in sicer 103 dečke in 71 deklic. V 29 (87,8%) primerih je bil le oče alkoholik

v po 2 (6,1%) pa oba starša, odn. le mati. O spolu otrok nas pouči tab. 1

Tabela 1.

Starši Eltern	dečki Knaben		deklice Mädchen		skupaj zusammen		razmerje Verhältnis		na 1 par star- šev otrok Auf ein Elternpaar
	n	%	n	%	n	%	z.	m.	
oče alkoholik (n=29) Vater Alkoholiker	90	60,8	58	39,2	148	85,0	100	145	5,1
oba starša alkoh. (n=2) Beide Eltern Alkoh.	6	42,8	8	57,2	14	8,1	100	75	7,0
mati alkohol. (n=2) Mutter Alkohol.	7	58,3	5	41,7	12	6,9	100	140	6,0
skupaj (n=33) zusammen	103	59,2	71	40,8	174	100,0	100	145	5,27

Ta tabela je poučna v marsikaterem pogledu, najzanimivejše je to, da imata relativno največ otrok ona dva para staršev, kjer sta oče in mati torej oba, alkoholika. Relativno najmanj otrok imajo starši, kjer je le oče alkoholik. Razmerje spolov pa je pri parih, kjer je le eden od staršev alkoholiziran, močno premaknjeno v prid dečkom (na 100 deklic 145, odn. 140 dečkov), dočim je pri starših, kjer pijeta oba, več deklic kakor dečkov. In vsa ta tri dognanja so čudna in nepričakovana. Žal je prav za te primere absolutno število opazovanj (po 2 para staršev) popolnoma nezadostno.

Primerjajmo sedaj še praško serijo, kjer je mnogo več opazovanj (tabela 2.)

Tabela 2.

Starši Eltern	dečki Knaben		deklice Mädchen		skupaj zusammen		razmerje Verhältnis		na 1 par staršev otrok auf 1 Elter.
	n	%	n	%	n	%	ž.	m.	
oče alkoholik (n=206) Vater Alkoholik.	550	50,4	541	49,6	1091	93,7	100	101,6	5,30
oba starša alkoh. (n=10) Beide Eltern Alk.	26	61,9	16	38,1	42	3,6	100	162,4	4,20
mati alkohol. (n=8) Mutter Alkohol.	17	54,8	14	45,2	31	2,7	100	121,3	3,88
skupaj. zusam. n=224	593	51,0	571	49,0	1164	100,0	100	103,9	5,20

Zanimivo je, da tu soglaša razmerje dečkov in deklic skoraj popolnoma z razmerjem, ki ga je našel *Kruse*. Še zanimivejše je, da imam v lastnem materialu eno serijo, ki potrjuje *Fetscher-jeve* številke in drugo, ki potrjuje *Kruse-jeve*. Kje so vzroki?

Razmerje spolov otrok je pri starših, kjer so le očetje alkoholiki za dečke dokaj pod normalo; največ dečkov je iz zakonov, kjer sta oba starša pijanca (in to je prav obratno, kakor v ljubljanski seriji!), dočim je število dečkov iz alkoholiziranih mater tudi dokaj nad normalo. Zdi se torej, da na tej podlagi, kdo od staršev je alkoholik, ne pridemo k rešitvi stavljenega si vprašanja.

Drugo je s številom otrok v teh zakonih. V ljubljanski seriji imajo največ otrok starši, kjer sta oba alkoholika; sledijo starši, kjer je mati alkoholičarka in šele na koncu starši, kjer je le oče alkoholik. Čisto drug red vidimo v praški seriji. Na prvem mestu so starši, od katerih je oče alkoholik, potem sledijo starši, kjer sta oba alkoholika in na koncu šele starši, od katerih je le mati pijanka. Ta red se mi zdi naravnejši. Seveda gre pri starših, ki sta oba alkoholika ali pa od katerih je le mati pijanka, v obeh serijah za le majhne številke. In tako je pač mogoče, da smo v Ljubljani našli drugo razmerje kakor v Pragi, vendar so ljubljanske številke še manj zavarovane napram slučaju. Števili otrok na alkoholizirane očete se pa v obeh serijah dobro ujemata.

Praški red se mi zdi naravnejši iz psiholoških in podobnih momentov. Pijan moški včasih stori ženi silo — zato najdemo v zakonih, kjer je zlešti moški brez zavor („hemmungslös“), največ otrok. V zakonih, kjer sta oba starša brez zavor, bi pričakovali sicer morda največ otrok (tako je v onih dveh primerih iz Ljubljane), toda tu igrajo drugi faktorji morda še važnejšo vlogo, n. pr. morda znižana potentia generandi pri obeh zakoncih, stalna intoksikacija plodov v materinem telesu, kar se morda izraža kot letalni faktor itd. Da imamo v zakonih, kjer je le žena alkoholičarka, najmanj otrok, se zdi zopet manj čudno; deloma je verjetna zmanjšana potentia generandi (zanimivo bi bilo vedeti kaj o številu spontanah splavov pri materah-pijankah!), deloma je pa jako verjetno, da se mož napram pijani ženi spolno močno ohladi in so občevanja v takšnih zakonih najbrže sploh redkejša. Vsekakor nam vkljub vsem zanimivim opazovanjem ostane še vedno glavno vprašanje: Zakaj?

Po dosedanji poti za enkrat ne pridemo naprej, zato poskusimo še drugo, ki jo je šel tudi *Kruse*, in sicer — priznajmo kar že tu — tudi to brezuspešno. Primerjal je rodbine po številu otrok sploh in našel, da se ne dá nič določenega reči. Vkljub temu bodi tu priobčena tudi naša statistika iz Prage na ta način. (Tab 3.)

Tabela 3.

Štev. otrok Kinderzahl	štev. staršev Anz. d. Eltern	štev. otrok Anz. d. Kinder	dečkov Knaben	deklic Mädchen	razmerje Verhältnis
1	13	13	9	4	100:225,0
2	21	42	19	23	100: 82,6
3	30	90	49	41	100:119,5
4	35	140	68	72	100: 94,3
5	26	130	64	66	100: 96,9
6	37	222	124	98	100:126,6
7	23	161	83	78	100:106,5
8	10	80	41	39	100:105,0
9	12	108	61	47	100:129,8
10	7	70	28	42	100: 66,7
11	4	44	18	26	100: 69,3
12	3	36	16	20	100: 80,0
13	1	13	7	6	100:116,7
14	—	—	—	—	—
15	1	15	6	9	100: 66,7
skupaj zusammen	223	1164	593	571	100:103,9

Če vzamemo kot normalno razmerje 100 deklic:107 dečkom, potem prekorači to razmerje zlasti onih 37 in 12 staršev, ki imajo po 6 in 9 otrok; razmerje je namreč pri teh 100:126,6, odn. 129,8. Skoraj normalno pa je razmerje pri starših s 7 in 8 otroci, namreč 100:106,5, odn. 105,0. Zanimivo je, da imajo največ dečkov zakoni s 3, 6 in 9 otroki; teh je 79 (skoraj ena tretjina), razmerje je 100:125,7.

Če si razdelimo ves ta material v skupine, najdemo take razmerja:

1 do 3 otroke,	64 staršev,	145 otrok,	77 dečkov,	68 deklic	(100:113,2)
4 in 5 otrok	61 "	270 "	132 "	138 "	(100: 95,6)
6 " 7 "	60 "	383 "	207 "	176 "	(100:117,7)
8 " 9 "	22 "	188 "	102 "	86 "	(100:118,7)
10 in več "	16 "	178 "	75 "	103 "	(100: 72,8)

Vsekakor vidimo v onih skupinah, iz katerih je največ otrok, t. j. v 6. in tudi še 7., razmerje spolov otrok dokaj premaknjeno v prid dečkom. Mislim, da se pa vkljub temu lahko priključimo izsledkom *Kruse-ja*, da s številom otrok razmerje spolov menda ni v tesnejši zvezi. Morda bi dale večje statistike jasnejši odgovor. Zanimivo pa je, da je tudi *Kruse* našel največ dečkov pri zakonih z 8 in 9 otroki. V naši seriji so zakoni s 6 do 9 otroki najplodovitejši z ozirom na dečke; pa tudi v zakonih, ki imajo do 3 otroke, najdemo nadpovprečno število dečkov. Čisto izrazito manj dečkov najdemo v zakonih z mnogimi otroki.

Za enkrat se moramo torej zadovoljiti z ugotovitvijo, da so razlike v raznih serijah, ki se ne dajo kar tako razložiti. Poskusili pa hočemo, da vsaj naznačimo možnost razlage. Pred vsem mislim tu na vrsto alkohola samega. Tako je znano, da pijo v Pragi več piva in žganja, pri nas pa več

vina in žganja. Tudi v Dresdenu pijo manj vina, morda pa več piva in žganja. Kaj pijo v Siegen (Westfalen), od koder je *Kruse-jeva* serija, ne morem soditi. Že tu so torej možne razlike. Izključeno pa tudi ni, da učinkujejo n. pr. žganja iz krompirja drugače, kakor žganja iz sadja. Različno morda učinkujejo tudi etilni in metilni alkohol, razna primešana olja, itd. Dalje morda pri vseh štirih serijah ni zadostno upošteva starost staršev. Da so starši z mnogo otroki povprečno starejši kakor drugi, je verjetno; prav pri teh pa se rodi izredno malo dečkov. Gotovo igra važno vlogo glede reakcije na alkohol osebna konstitucija in rasa posameznika.

Vse to in morda še marsikaj drugega bi bilo treba preiskati, kajti odgovor na vprašanje, ali upliva alkohol na spol otroka, je principiелne važnosti, ne le teoretične, temveč tudi praktične. Teoretično je zanimivo, kako se vrši izbira med določenimi zarodnimi stanicami. Ali ni morda poškodba, ki jo povzroča alkohol, navezana posebno na X-hromozom, torej na ženski spol določujoči hromozom?

Vemo, da je pri človeku ženska homocigotni spol, kar označujemo navadno z XX (-hromozomi), moški pa heterocigotni, kar označujemo z XY (-hromozomi). Če je izpostavljen poškodbi po alkoholu posebno X-hromozom, potem bi morali imeti pri starših, ki oba pijeta, najmanj deklic in največ dečkov. Kajti predstavljamo si prav lahko, da učinkujeta dva okvarjena X-hromozoma kot letalni faktor in plod ženskega spola odumre že v uteru in se rezorbira (ali morda abortira?). Oškodovanemu X-u moškega ploda pa stoji nasproti njegov zdravi partner Y; okvarjeni X se ne more uveljaviti kot letalni faktor, pač pa povzroči morda duševne in druge anomalije. Vemo pa — ne samo iz naših serij — da je slaboumnih več dečkov kakor deklic. Tam, kjer pije le oče, bi po tej hipotezi pričakovali približno enako število spolov, kajti okvarjenemu X-u stoji nasproti zdravi X od matere. Tam, kjer pa pije le mati, bi teoretično pričakovali prav isto; toda tu moramo računati pač še z drugimi faktorji, n. pr. s stalno intoksikacijo ploda še med nosečnostjo, morda je tudi odločujoč kemizem jajčeca, ki ga vendar ni skoraj samo jedro, kakor spermij, itd. Tudi v tem primeru bi pričakovali več dečkov, ker si predstavljam, da kemizem jajčeca na tuj Y-hromozom morda nima takšnega upliva kakor na tuj X-hromozom (ki pride od očeta), skratka, da je penetranca in ekspresiviteta spolno različna. Razen vsega tu navedenega moramo računati še s posebno konstitucijo, recimo z nagnjenjem k narkotikom. Ta je — tako se zdi po dosedanjih skušnjah še najverjetnejše — recesivna, latentna. Tudi tu bi moglo priti (pri za ta del heterocigotnih materah) do učinka letalnih faktorjev pri ženskih plodovih.

Z našo hipotezo se dokaj ujemajo izsledki iz praške serije (po spolnem razmerju). Da pa se rodi iz alkoholiziranih staršev vobče več dečkov kakor normalno, se mi zdi — zlasti s predpostavko recesivne (prikrite) nagnjenosti k narkotikom pri ženskah — prav verjetno. Vsekakor bo treba to stvar preiskati še dalje, ker je — kakor sem že omenil — tudi **praktično** važna. Zato namreč, ker bi jasen pozitiven odgovor na naslovno

vprašanje odločil stari spor: ali je alkohol (pijančevanje) vzrok duševnim (in ev. drugim) okvaram, ali pa je posledica posebne psihične konstitucije? Pozitiven odgovor na naslovno vprašanje bi pomenil, da je alkohol (pijančevanje) — vsaj tudi lahko — vzrok okvaram, če more uplivati na številčno razmerje spolov. S tem pozitivnim odgovorom bi bila dokazana tudi neposredna ingerenca narkotika alkohola na zarodno plazmo.

Zato moramo raziskovati tu načeto vprašanje naprej. Več in več velikih serij bo morda prineslo kaj jasnosti v to vprašanje. Prosim torej tudi gg. zdravnike, ki imajo priliko (zlasti v vinorodnih krajih), da aktivno sodelujejo pri rešitvi tega vprašanja.

Zusammenfassung :

Priv. doz. dr. Škerlj: Hat der Alkohol einen Einfluss auf das Geschlechtsverhältnis der Nachkommen in Trinker-Ehen?

Nach Besprechung der bisherigen Veröffentlichungen von *Fetscher*, *Kruse* und *Škerlj*, wird in Tab. 1. zunächst eine kleine Serie von Alkoholiker-Familien aus Ljubljana aufgezeigt, auf Tab. 2. aber eine weit grössere aus Praha. Der Unterschied im Geschlechtsverhältnis ist auffallend, denn in Ljubljana haben wir die Zahl der Knabengeburten erhöht (vergl. die *Fetscher-sche* Serie!), in Praha aber eher etwas niedriger als normal (vergl. die *Kruse-sche* Serie!). Der Grund für diesen Unterschied ist wohl noch nicht einzusehen. Gleich mit der *Kruse-schen* Serie zeigt auch die Serie aus Praha eine erhöhte Zahl an Knabengeburten bei 6—9 Kindern pro Ehe (Tab. 3.). Aber auch bei 3 Kindern pro Ehe werden etwas mehr als normal Knaben geboren. Bei allen diesen Unterschieden dürfte es auch auf die Form des Alkohols ankommen (Bier, Wein, Schnaps usw.). — Es sind gewiss auch Unterschiede vorhanden, wenn nur der Vater Trinker ist, oder nur die Mutter, oder gar beide Eltern (Tab. 1. und 2.). — Theoretisch ist letztere Frage interessant, wegen des Einflusses des Alkohols auf das Keimplasma. Es scheint besonders das X-(Geschlechts)-Chromosom beeinflusst zu werden. Zwei geschädigte X-Chromosome würden dann bei weiblichen Feten als Letalfaktor wirken, was den grossen Überschuss an Knabengeburten aus Ehen, in welchen beide Eltern trinken, erklären würde. Mit diesen Voraussetzungen stimmen auch die Verhältnisse in der Serie aus Praha gut überein. Alles aber ist noch Arbeitshypothese, die weitere Untersuchungen verlangt. Praktisch sind sie wichtig, weil ein Nachweis des Einflusses des Alkohols auf das Geschlechtsverhältnis uns jedenfalls jede Berechtigung entzieht, eine Keimschädigung durch Alkohol einfach zu verneinen.

Literatura :

Blum A., 1930: Über eine entgegengesetzt gerichtete Mutation und Modifikation, bewirkt durch das einunddasselbe Agens (Alkohol). *Biolog. Zentralbl.*, 50/2. — *Ista*, 1930: Sind Alkoholschäden vererbbar? *Intern. Zeitschr. gegen den Alkoholismus*. — *Ista*, 1931: Darf die Erbllichkeit der Alkoholschäden als bewiesen gelten? *Ztschr. f. Sexualw. u. Sexualpol.* 18/3. — *Fetscher R.*, 1931: Über das Geschlechtsverhältnis bei den Kindern aus Alkoholiker-Ehen. *Mitt. d. Krim. biol. Ges. in Graz* III., Ref. „Eugenik“ 2./6. 1932. — *Kruse F.*, 1933: Das Geschlechtsverhältnis der Kinder aus Alkoholiker-Ehen. „Eugenik“ 3/5. — *Škerlj B.*, 1934: Socialno-antropološka študija k vprašanju manjvrednega otroka. *Slovenska Šolska Matica*, Zbornik 1933, Ljubljana.

Mala poročila

Sterilizacijski zakoni

Na Norveškem je bil 9. maja t. l. sprejet sterilizacijski zakon. Zakon smatramo lahko za še boljši od nemškega, ker je bolj okviren in ker govori o spolnih posegih vobče in se torej ne omejuje le na sterilizacijo.

Tako je bilo mogoče spraviti v ta zakon, ki obsega vsega skupaj le 9 paragrafov tudi odredbe zoper seksualne zločince. V zakonu nikjer ni govora o dopustnosti uporabe sile zoper osebo, ki bi se branila proti izrečenemu odloku, vendar je jasno, da sile ne izključuje. To je jako važno, ker bi zakon, ki sloni na privolitvi osebe, ki bodi sterilizirana, odn. kastrirana, ne bil praktično izvedljiv. Če hočemo doseči evgenične cilje in delati razumno populacijsko politiko, potem tega ne moremo doseči drugače, kakor da ima zakon tudi sankcije. Taka sankcija pa je tudi uporaba sile v potrebnih primerih. Praktično bo najbrže le malokdaj potrebna. — Evgenično posebno važen je § 4 norv. steril. zakona, ki daje pravico za spolne posege, „če ni nobene nade na ozdravitev ali bistveno zboljšanje in če smemo upravičeno soditi, da dotični ne bo sposoben, da bi z lastnim delom skrbel za svoje potomstvo, ali da bi mogel kakšno bolno duševno stanje ali kakšno pomembno telesno hibo prenesti na potomce, ali da bi zaradi nenormalnega spolnega nagona vršil zločine nenravnosti.“ K zakonu in njegovim posameznim določbam se o priliki še povrnemo. Vsekakor je razveseljivo, da je tudi Norveška stopila v krog držav, ki hočejo zaščititi svoje normalne državljane in si zagotoviti razcvit na ramenih zdravega potomstva.

Tudi na Japonskem se že resno misli na sterilizacijski zakon. Ali ne bi kazalo, da bi tudi pri nas začeli misliti na tak zakon? Ne gre le za zakon sam, gre zlasti za vzgojni pomen takega zakona, za preorientacijo ljudskega mišljenja v smeri pravilnega vrednotenja narodne celote in njene zdrave bodočnosti. Saj menda nočemo zaostati v tekmi narodov za zdravjšo bodočnost!

(Tekst norv. steril. zakona je izšel nemški v Volk u. Rasse IX., 7, München 1934. Tudi poročilo o pripravah takega zakona na Japonskem je od tam.)

Š.

Mlajše zdravnike bo zanimala uredba nemškega državnega ministra notranjih zadev, da se morajo v bolnicah namestiti kot prvi asistenti in zlasti sekundarni zdravniki *predvsem oženjeni zdravniki ali taki, ki bi se na podstavi namestitve oženili*. Tudi pri oddaji mest t. zv. višjih zdravnikov (Oberarzt) bo pri enaki kvalifikaciji imel prednost oni, ki ima več otrok. (Po Volk u. Rasse l. c.)* — Žal pri nas ni le mladim zdravnikom nemogoče pravočasno oženiti se, temveč tudi skoraj vsej ostali mladi inteligenci. Bati se je, da bo znižanje prejemkov omoženih žen pravočasne ženitve med mlado inteligenco še bolj otežila. Posledica utegne biti še večji izpad rojstev prav v slojih inteligence, od katere bi želeli čim več otrok. Število otrok pada pri različnih stanovih jako različno, najbolj pa vedno pri onih, ki so na duševno višjem standardu. V škodo naroda in države! Tudi na tem problemu se kaže potreba smiselne populacijske politike. Za dosego zdravega potomstva ne smemo nikoli štediti, ker se taka štednja čez eno ali dve generaciji lahko izkaže kot popolnoma zgrešena. Treba bo še več

*Ja-no je, da mora iti tu le za zdrave zdravnike in zdrave njihove rodbine.

zavodov za manjvredne, ker edino ti se danes — tudi pri nas, vsaj v Dravski banovini množe še dovolj številno. Toda kdo bo plačeval in vzdrževal take zavode, če ne bo dovolj ljudi, ki bi bili sposobni za samostojno pridobivanje? Kdo bo plačeval davke v prihodnjih generacijah, če naši mlajši generaciji danes onemogočimo pravočasne ženitve s štedenjem na napačnem mestu? Zato se zdi misel te nove nemške odredbe tako važna za vse evropske države in tudi za nas! Ne neoženjenim prednost (kakor se danes skoraj še povsod dogaja), temveč oženjenim! Seveda zdravim oženjenim! In tem omogočiti zdravo in zadostno potomstvo! To je evgenični cilj populacijske politike, cilj ki nam lahko zagotovi obstoj tudi še nekaj stoletij.

In to je naša narodna volja! Š.

Resno? V 9. števil. mesečnika „Volk und Rasse“ IX. čitamo na strani 294 tole :

„**Nemški kmet — nemška kri.** Po državnem zakonu o dednih dvorih (Erbhof) more biti kmet in s tem posestnik dednega dvora le oni, ki je nemške krvi. V nekem primeru, ki ga je pred kratkim obravnavalo sodišče za dedne zavede (Anerbengericht), se je pokazalo, da je našla židovska kri pot celo v neko kmečko staromarško (altmärkische) družino. Imenovano sodišče je moralo v tem primeru kmetu, ki nosi staromarško ime, odreči sposobnost za kmeta, ker je bila njegova babica po materi Židinja“. (!) Š.

Kongres Mednarodne federacije evgeničnih organizacij se je vršil v Zürichu od 18.—21. julija t. l. Na kongresu so bile zastopane tele države: Anglija, Angleški Borneo, Avstrija, Čehoslovaška, Danska, Francija, Nemčija, Nizozemska, Nizozemska Indija, Poljska, Švica in Združene države Sev. Amerike. Predsedoval je znani münchenski psihiater in genealog, prof. dr. E. Rüdin. Sprejeti sta bili dve resoluciji in sicer prva na predlog nestorja evgeničnega gibanja v Nemčiji, dr. A. Ploetza, druga pa na predlog norveškega evgenika dr. Mjöena. Prva resolucija opozarja vlade vseh civiliziranih držav, da se ljudstva mnogih držav boje nove velike vojne, ki bi pokosila zopet zlasti najboljše može, kar bi povzročilo le izredno težko in počasno regeneracijo in bi postalo usodepolno za vso evropsko kulturo. Druga resolucija pa povdarja, da so si bile delegacije vseh zastopanih držav edine v prepričanju, da je evgenično (v nemškem tekstu je „rasno-higienično“) raziskovanje in prakticiranje za vse kulturne države izredne življenske važnosti in neobhodno potrebn. Kongres priporoča vladam vsega sveta, da stvarno študirajo probleme dednostne biologije (genetike), populacijske politike in evgenike (nem. „rasne higijene“) in da izsledke tega študija izvajajo v dobrobit svojih narodov. (Po „Volk u. Rasse“ IX/9, 1934). Š.

Little notes :

A sterilization law in Norway. It has only 9 paragraphs but it is still better than the German law, because it speaks about sexual operations in general, not only about sterilization or castration. So it was possible to put in this law also the measures against sexual crimes. The 4th paragraph shows the eugenic line of this law. A special commission has to decide wich form of sexual operation has to be performed in each case.

In Japan there is now propagated for a sterilization law, too. Also in Jugoslavia we should prepare such a law, because we wish a healthy future for our nation!

The Jugoslave law against sexual diseases has been published on May 31st. 1934. § 9. decides that any man, who wishes to marry, must show a medical certificate that he does not suffer from any sexual disease. We hope that in a short time a general medical or genealogical certificate will compensate various proves of the material conditions of betrothed.

In Germany the married physicians have to be preferred in getting positions to unmarried ones. — It is a very good measure and should be imitated in the other states too, because in most countries the young intelligentsia can not marry at the right time because they have no sure position. Healthy children from healthy intelligent young parents in sure positions is the eugenic claim which assures our existence in the following centuries! It is our national claim!

A German court decided that a German peasant who has had a Jewish grandmother has not the ability to be a farmer. (Volk und Rasse IX/9, 1934).

A report about the both resolutions of the Congress of the International Federation of Eugenic Organisations at Zürich July 18th—21th, 1934.

As to the new book: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. by Gütt, Rüdin and Ruttke. It is a very good and extensive explanation of the German sterilization law and other eugenic orders and laws. S.

Prosim vse gg. zdravnike, ki se zanimajo za evgeniška vprašanja, da aktivno sodelujejo pri tej rubriki, da bo čim bolj pestra. Dobrodošla so tudi razna vprašanja iz evgenike in genetike. Zlasti pa prosim za sporočila raznih lastnih opazovanj o podedovanju. Razume se, da je rubrika odprta tudi diskusiji in nasprotnim mnenjem.

Urednik rubrike.

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

Zapisnik

rednega občnega zbora Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani, dne 10. marca 1934 ob 20. uri v restavraciji Zvezda.

Ker je bilo ob napovedanem času zbranih še premalo članov, zato odpre predsednik dr. Meršol občni zbor in ga takoj zaključí, z obvestilom, da se bo v smislu društvenih pravil vršil občni zbor čez pol ure ob vsakem številu članov.

1. Otvoritev. Predsednik odpre ob 20³⁰ ponovno občni zbor, pozdravi vse navzoče in ugotovi, da je od 109 članov navzočih 24, torej več kot ena petina. Občni zbor je torej tudi upravičen sklepati o spremembi društvenih pravil.

Za zapisničarja imenuje dr. Praprotnika in dr. Rakovca.

Uvodoma se predsednik spominja umrlega člana dr. Vinka Gregoriča, častnega člana društva, ustanovitelja pokojninskega sklada, dobrega organizatorja in požrtvovalnega zdravnika, kakor tudi umrlega dr. Franc Jankoviča, predsednika Mariborskega zdravniškega društva. Predsednik pozove člane, da se v spomin umrlih dvignejo s sedežev.

Nato naznani dnevni red: čitanje in odobrenje zapisnika, poročilo odbora in revizorjev, volitev novega odbora, revizorjev in razsodišča.

sprememba pravil,
določitev članarine za 1. 1934,
samostojni predlogi,
slučajnosti.

2. Čitanje in odobrenje zapisnika.

Zapisnik zadnjega občnega zbora se prebere in soglasno odobri. Na poziv predsednika ga overovita dr. Radman Marko in dr. Logar France.

3. Poročilo odbora in revizorjev.

Predsednik dr. Meršol poroča: Delo odbora v preteklem letu je obstajalo v glavnem v prirejanju znanstvenih sestankov. Podrobno poročilo o tem poda tajnik. Poleg tega je v zvezi s protituberkulozno ligo odbor priredil komemoracijo za umrlima francoskima zdravnikoma-učenjakoma A. Calmette in E. Roux. Udeležba komemoracije bi od strani zdravnikov bila lahko večja. Prireditve so poleg zdravnikov s svojo udeležbo počastili tudi zastopniki kr. banske uprave in univerze; razen tega je bil prisoten zastopnik francoskega instituta g. lektor Tacroix in pa francoski konzul g. Neuville, ki je na koncu proslave imel tudi kratek nagovor. Društvo je bilo v tesnih zvezah z Jugoslov. lekarskim društvom, Kongresa v Crikvenici, katerega je otvoril predsednik g. prof. dr. Zalokar, se je udeležilo 29 zdravnikov iz Slovenije. V novi odbor Jugoslov. lekar. društva je bil izvoljen za podpredsednika predsednik Slovenskega zdravniškega društva. Na kongresu sta poleg drugih tudi govorila člana Slov. zdravniškega društva g. dr. Neubauer o temi „Flizeologija v medicinskem studiu“ in pa dr. Meršol „Nedostatki izolacije in nege bolnikov z infekcijskimi boleznimi v naših bolnicah“. Za mesto letošnjega kongresa je bil izbran z velikim navdušenjem Bled. Kot podpredsednik Jugoslov. lekarskega društva sem se udeležil 28. januarja 1934. tudi seje širšega odbora Jug. lek. društva v Zagrebu, kjer je bilo med drugim določeno, da se bode kongres na Bledu vršil 8.—10. sept. Kot zastopnik Slov. zdravniškega društva sem bil v vseučilišnem odboru, ki je imel par sej, pa je nato začasno prenehal delovati radi nesporazuma. Zastopal sem društvo, med drugim tudi na kongresu farmacevtov v Ljubljani. Društvo je ostalo tudi tekom preteklega leta včlanjeno v zvezi duševnih delavcev, kjer je zastopala društvo kot delegat ga. dr. Praprotnik. Zveza žalibog ne more razviti večjega delovanja radi pomanjkanja sredstev.

Tajnik dr. Paprotnik poroča: Društvo je imelo 6 odborovih sej, ki so se vse vršile v pisarni rentgenološkega instituta. Vložni zapisnik pokazuje 49 poslanih in sprejetih spisov. V preteklem letu so se vršili sledeči znanstveni sestanki: Dr. Merčun: Slučaji iz interne medicine, Dr. Neubauer: Thorakoskopija in kavstika. Dr. Debevec: O duševnosti sodobnega zdravnika. Dr. Pompe: Demonstracija dveh ozdravljenih primerov seps z otorhinološkimi komplikacijami. Dr. Bajc: Operacija arterijo-venozne aneurizme karotide. Osteoplastika lobanje. Dr. Rakovec: Lelošnje operacije na želodcu s posebnim ozirom na perforacijo želodca. Dr. Peršič: Prelom stegenice in terapija na tuk. kirurg. oddelku. Ing. chem Lindtner: Človeška prehrana in zdravnik. Dr. Vulovič: Vrste pljučne tuberkuloze pri dojenčku. Prof. dr. Zalokar: Cistične tvorbe maternice. Dr. Lavrič: Defekti kosti pri novorojenčkih. Dr. Trampuž: Klinični pomen prezgodnjega razpoka mehurja. Vsega skupaj je bilo 7 sestankov z 12 predavanji. Povprečna udeležba obiskovavcev je znašala 30.

Pri komemoraciji za umrlima francoskima zdravnikoma-učenjakoma prof. A. Calmette in E. Rouxu sta govorila: docent dr. Matko: slavnostni govor o prof. Calmettu in dr. Meršol: o zaslugah prof. Roux-a za znanost in človeštvo. Prisotnih je bilo 25 zdravnikov in 60 drugih oseb.

Dne 10. avg. 33 se je vršila ekskurzija. Ogled hig. urejene ljubljanske klavnice pod vodstvom mestnega fizika dr. Rus-a. Udeležilo se je 12 zdravnikov. Podrobnejša poročila se nahajajo v Zdravniškem Vestniku.

Število članstva, ki so plačali članarino, je 109.

Poročilo blagajnika: ga. dr. Fink: Stanje blagejne na zadnjem občnem zboru dne 18. III. 1933 je bilo sledeče:

V čekovnem uradu	Din 2.651'05	Izpisek štev. 6.
v ročni blagajni	" 84'80	
Skupno	Din 2.735'85	

Prejemki v času od zadnjega občnega zbora do danes obstojajo samo iz plačanih članarin. In sicer je plačalo članarino 109 članov v skupnem znesku Din. 3.273.

Izdatki v tem času so sledeči: pristojbine v čekovnem uradu, Jugoslov. tiskarni za kuverte, oglasi v Jutru, za Zvezo duševnih delavcev, za Prosvetno zvezo, za Jugoslov. lekarsko društvo, za tajniške potrebščine in Pokojninskemu skladu za vdove in sirote mesto venca pok. dr. Gregoriču — v skupnem znesku Din. 2.016'26

Tako je ostalo od letošnjih prejemkov Din 1.256'74.

Današnje stanje blagajne je torej Din 2.715'80 kolikor je bilo v blagajni ob lanskem občnem zboru in Din 1.256'74, čisti letošnji dohodek. Skupno Din 3.972'54. In sicer se nahaja:

v čekovnem uradu	Din 3.900'79
v ročni blagajni	" 71'75
skupno	Din 3.972'54

Vsa poročila se soglasno odobre.

Ga. dr. Zalokar — revizor — zastopajoča tudi obolelega revizorja dr. Praunseisa, izjavlja, da je našla vse v najlepšem redu. Predlaga absolutorij, ki ga občni zbor soglasno sprejme.

4. Volitve.

Dr. Logar stavi predlog, da naj se izvoli ponovno stari odbor. Namesto dr. Protznika, ki odlaga svoje mesto, predlaga dr. Rakovca, namesto obolelega dr. Praunseisa dr. Kramariča. Predsednik da predlog dr. Logarja na glasovanje, ki se soglasno sprejme.

Izvoli se sledeči odbor:

Predsednik:	dr. Valentin Meršol
Podpredsednik:	dr. Alojzij Kunst
Tajnik:	dr. Slavko Rakovec
Blagajnik:	dr. Mira Fink
Knjižničar:	dr. Oton Bajc
Odbornika:	dr. Lojze Brenčič dr. Ivan Pintar
Revizorja:	dr. Ana Zalokar dr. Lojze Kramarič
Razsodišče:	dr. Jože Hebein dr. Živko Lapajne dr. Joško Arko

5. Sprememba pravil.

Predsednik dr. Meršol poroča, da je treba pravila našega društva z ozirom na § 9. pravil Jugoslov. lekar. društva dopolniti in predlaga vsled tega sledeče spremembe:

K. čl. 1. naj se doda: „ter spada v sestav Jugoslov. lekar. društva.“

Pri čl. 4. naj se spremeni beseda „velezaslužni mož“ v „velezaslužna oseba.“

Pri čl. 5. naj se izpusti stavek „Sprejemnina znaša 4 K“ in doda dostavek „Vsak član plača poleg tega, blagajniku članarino, ki je predpisana za Jugoslov. lekar. društvo.“

Pri čl. 13. naj se dostavi: „Jugoslov. lekar. društvu plačuje od članov v ta namen prejetjo članarino.“

Pri čl. 17. naj se ustavi: Redni občni zbor se vrši po možnosti že meseca januarja, najdalje pa do konca marca vsakega leta.“

K čl. 19. naj se ustavi: ... „pismo ali potom časopisja“ ...

Vse predlagane spremembe se brez ugovora sprejmejo.

6. Določitev članarine za l. 1934.

Predsednik predlaga, naj ostane ista članarina kot lansko leto, to je Din 20 in Din 10 za Jugoslov. lekarsko društvo.

Predlog se soglasno sprejme.

7. Samostojni predlogi.

Ta točka odpade, ker ni nikakih predlogov.

8. Slučajnosti.

Predsednik poroča, da je bila dr. Matkova ustanova, preložena z lanskega leta na letošnje, podeljena in razdeljena med oba kandidata, dr. Kamina in dr. Mikiča. Javlja, da je docent dr. Matko razpisal novo nagrado v znesku Din 1500.— za prihodnje leto.

H koncu opozarja predsednih na Zdravniški kongres, ki se bo vršil od 8. do 10. sept. na Bledu z glavno temo:

Zdravstvo na deželi. Vršil se bo v Kazinu, če bo manj udeležencev pa v Zdraviliškem domu. Poroča o dosedanjih pripravah in poziva k čimvečji priglavitvi k predavanjem.

Ob 21.15 zaključi predsednih občni zbor in se zahvali vsem udeležencem.

Dr. Rakovec Slavko l. r.,

tajnik

Dr. Meršol l. r.,

predsednik

Sestanek Jugoslovanskega društva za operativne stroke, sekcija Ljubljana.

Sestanek se je vršil dne 8. maja t. l. v predavalnici ženske bolnice v Ljubljani.

1. Dr. Pompe Janko: Abscessus cerebri, meningitis purulenta, cholesteatoma auris sinistri — ozdravljen. Izide in extenso.

2. Dr. Pogačnik Janko: Mastoiditis sinistra povzročena po streptococcus mucosus.

a) Pacijent Z. J. rojen l. 1884, zidar, je bil koncem marca t. l. na oddelku, kjer mu je bila napravljena paracenteza radi 10 dni trajajočega vnetja levega srednjega ušesa. Mrena je bila rdeča, zatekla z mehurčki, sluh za glasno 10 cm, šepetanja ni slišal. Obenem je bila sluznica žrela pordela, deviatio septi na levo, ob levi srednji školjki gnojna sluz, lymphadenitis colli regionaris. Po 3 dneh t. j. 30. III. t. l. je šel proti reverzu domov.

I. V. t. l. se je vrnil, ker se mu je stanje takoj po odhodu iz bolnice poslabšalo, silen glavobol, bruhal ni, vrtelo se mu ni. Radi tipičnih znakov mastoiditide je bil 2. V. antrotomiren v etrovi narkozi. Funkcijska proba je podala tipično motnjo srednjega ušesa. Ves proc. mastoidis izredno močno pneumotiziran s srednjevelikimi celicami, ki so razvite posebno peri in subfacialno, za sinus sigmoid. in proc. zygomat.

Bolnik bo v nekaj dneh ozdravljen zapustil bolnico.

b) Cholesteatoma auris sin.

M. N. rojena l. 1912. žebjarica, je na oddelku od 25. IV. t. l., kjer se je zdravila konservativno radi od rojstva trajajočega gnojenja levega srednjega ušesa.

Radi zelo močnega, trajnega glavobola — bolnica ne more ponoči spati — vrtenja pri gibanju glave je bila izvršena 30. IV. t. l. radikalna operacija v etrovi narkozi. Funkcijska proba je podala sliko motnje srednjega ušesa, fistelsymptom ni bil izvabljev. Cholesteatom v skleroziranem proc. mastoid. je zavzel cavum, antrum, segel do gornjega kolena sinusa in se prejedel v tegmen tympani. Sinus in dura prosta.

Potek zdravljenja brez posebnosti.

3. Dr. Lavrič Božidar demonstrira: I. Tuberculosis coeci. Postoperativna krvavitev preneha po transfuziji krvi iste skupine.

33 let stara žena, ki je imela že tri leta črevesne težave. Palpira se v ileocekalnem delu kot pest velik tumor. Pri irigoskopiji, ki je bila napravljena v centralnem rentgenološkem institutu v Zagrebu, je ugotovljen tumor cekuma, verjetno malignega značaja. Klinična slika je dala tudi sum na maligni proces cekuma. Temperature subfebrilne; za specifični proces na pljučih ni bilo ne klinično ne rentgenološko nobenih znakov. Dne 6. IV. t. l. je dobila 550 ccm transfundirane krvi od dajalca, ki je imel IV. skupino, bolnica je pa imela III. skupino. Razen tega dobiva 100 ccm glukoze dnevno. 13. IV. operacija v etrovi narkozi. Tumor je na cekumu, ki je spremenjen v trdo maso, vendar gibljiv. V mezenteriju nekoliko bezgavk, ki imajo pa karakter tuberkuloznega obolenja. Reakcija zadnje vijuge ileuma in ascendensa, nato pa ileotransverzostomia. Operira se radikalno. Postoperativni tok je bil zelo povoljen.

23. IV. nenadna krvavitev iz črevesa, ki je precej abondantna. Verjetno krvavi iz krna ascendensa. Radi te krvavitve transfuzija od 650 ccm od krvodajalca IV. skupine in 200 ccm glukoze intravenozno. Isti dan ponovna jaka krvavitev v taki meri, da je bolnica brez pulza, popolnoma kolabirana. Takojšnja transfuzija 750 ccm krvi od dajalca iste (III.) grupe, nakar je krvavitev definitivno prenehala, bolnica se je pa popolnoma popravila tako, da je dne 15. V. t. l. zapustila oddelek ozdravljena.

Histološki izvid glasi: Tuberculosis coeci.

Epikrisis: Pri resekciji črevesa, radi tuberkuloze, nastane 10. dan po operaciji močna krvavitev, ki preneha šele na transfuzijo od 1.400 ccm v 24 urah. Važno je to, da je 750 ccm krvi bilo od dajalca iste grupe in verjetno je, da je šele radi tega krvavitve prenehala.

II. Ca. ventriculi ozdravljen. Dne 22. XII. 1933 je operirana 23 letna služkinja radi ogromnega Ca. ventriculi. Isti je bil klinično kakor tudi rentgenološko dijagnosticiran. Pri operaciji je napravljena radikalna resekcija želodca po Billroth II (Hofmeister, Polya). Infiltracija je šla globoko v mezokolon transversum tako, da je bilo potrebno izluščiti arterijo colico medijo. Postoperativni tok normalen.

Sedaj 8. V., torej po 5 mesecih, se je bolnica ponovno javila na pregled. Zredila se je za 7 kg, nima težav. Klinično in rentgenološko ni najti znakov za recidiv ali metastazo, vendar je prognoza zelo slaba kar se tiče trajnega ozdravljenja.

4. Dr. Arko Venčeslav: Ca. mandibulae dex.

K. R. 54 letna kuharica. Bolnica je bila prvič na kirurgičnem oddelku l. 1932 pod diagn.: Tumor gland. parotis dex. Omenjeni tumor pod desnim ušesom opazila bolnica že tri mesece. Iz takratnega popisa bolezni je razvidno, da je bil tumor popolnoma omejen in vsestransko premakljiv. Napravila se je excisio prob. Histološki izvid: Kronično vnetje (induracija). Kasneje je bila dvakrat rentgenološko obsevana, zadnjič februarja 1934.

Med tem časom se ji je stanje vedno slabšalo. Shujšala je 10 kg, posebno pa se ji je povečal tumor in bolnica kaže danes sledeči izvid:

Srednje velika, kahektična, anemična. Cela desna polovica spodnje čeljusti spremenjena v za 3 prste širok tumor, ki tvori medijalno za jabolko velik izrastek, ki je viden v ustih. Tumor ni exulceriran. Jezik je prosto gibljiv. Pod desnim ušesom je vidna stara operativna brazgotina. Desni uhelj je zveržen, desni sluhovod pa skoro popolnoma zožen. Oedem obeh desnih vek. Temu primerno je tudi deformirano desno lice, ki je v celoti oteklo. Stridorja ni opazati. Požira lahko. V reg. supraclavic. in axillaris kot oreh velike, trde, neobčutljive žleze. Ostali somat. izvid b. p.

Rtg. izvid se glasi: Carcinoma mandibulae s kompletnim defektom.

Z ozirom na vse to pride terapevtsko v poštev samo obsevanje.

5. Dr. Rakovec Slavko: Sarcoma mandibulae sin. Chondroma reg. pectoral. dex.

Tumor v velikosti otroške glave zavzema vse levo lice in vrat do nadključnične kotanje. Ustna votlina in isthmus sta povsem izpolnjeni po eksulceriranem tumorju tako, da ostane samo še ozek pas prost za pasažo. Histol. diagnoza: Sarcoma. Konservativna terapija (obsevanje z rentgenom in radijem) brezuspešna.

Demonstracija vso desno prsno regijo izpolnjujočega chondroma. Chondrom leži z večjim delom izven prsnega koša, z drugim na notranji strani, vendar kot kaže rentgenološka diaskopija še ekstrapleuralno. 2. 3. in 4. rebro je v sternalnem, hrustančastem delu popolnoma destruirano. Pri poizkusni eksciziji se je videlo, da je vsa sredina tumorja izpolnjena po sluzasto degeneriranih masah. Histološki izvid: Osteochondroma. Po klinični sliki ga moramo prištevati k ekchondromom, to je k chondromom, ki se razrastejo iz preformiranega, še po zaključeni rastni dobi perzistirajočega hrustanca. Ti tumorji izhajajo najpogosteje iz rebrnih hrustancev in hrustanca v larinksu in nastopajo v kasnejši življenski dobi. Enchondromi pa nastopajo v mladosti, dostikrat hereditarno, multiplo, izhajajo iz kosti same, najrajše na kratkih kosteh roke in noge in jih smatramo za močnejše enhondralne osifikacije. Vkljub temu, da kaže histološka slika benignen značaj tumorja, povdarja demonstrator, da govori klinična slika za zločestega. Sicer pa že po svoji naravi nagibajo chondromi, posebno oni sluzasto degenerativne forme, k temu da se razširjajo po ostenju ožilja in mezgovnic in celo metastazirajo v pljuča. Terapija bo obstojala v radikalni eksciziji tumorja.

NOVE KNJIGE

Dr. M. Sekulić: „Savremeno lečenje plućne tuberkuloze“ — Beograd 1. 1934. 254 strani, cena broš. Din 80.—, samozaložba: Beograd, Kr. Aleksandra št. 44.

Pred nami leži prva jugoslovanska znanstvena knjiga o zdravljenju pljučne tuberkuloze, ki zasluži že radi tega vso našo pozornost. Avtorja pa poznamo po njegovem izredno lepem referatu na letošnjem protituberkuloznem kongresu v Ljubljani (gl. Z. V. št. 6—8). — V knjigi se bavi pisec predvsem s pojmom izlečenja tuberkuloze, ki ga na osnovi naših današnjih patogenetičnih naziranj o tej bolezni dodobra razčisti in pride do zaključka, ki ga je treba zopet in zopet povdarjati, da je pljučna tuberkuloza — spoznana in zdravljena v začetku — večinoma ozdravljiva. Nato avtor na podlagi lastne skušnje in temeljitga poznanja cele ogromne literature o tem problemu poroča o vseh metodah sodobnega zdravljenja pljučne tuberkuloze, kot so: higijensko-dijetetski režim (bivanje na čistem zraku, ležanje in hrana); imuno-terapija (aktivno in pasivno imuniziranje); kemoterapija; kolapsoterapija in končno simptomatska (medikamentozna) terapija. Leži v bistvu stvari, da pripada največji prostor kirurškemu zdravljenju tuberkuloze, tkzv. kolapsoterapiji. V zelo živahnem in vseskozi zanimivem slogu razpravlja avtor o vseh potrebah te panoge medicine, ki spada gotovo med najvažnejšo pridobitev medicine tekom zadnjih decenijev sploh. Praktični zdravniki in specijalisti sorodnih strok, katerim je knjiga v prvi vrsti namenjena, bodo našli v njej vse kar je važno, od indikacij preko tehnike do takojšnjih in poznih uspehov, ki jih zamore dati kolapsoterapija. Kar je najlepše na tej knjigi, to je prepričevalni ton, v katerem je spisana, to je zdravi optimizem modernega fiziologa, ki ga preveva, to je objektiviteta, ki pokaže stvari brez olepšanja in pravi luči in ne molči o lastnih in tujih neuspehih.

Drugi del knjige tvori mali atlas rentgenogramov (ca. 100 strani) z navedbo bolezenskih popisov. Posamezni slučaji so jako dobro izbrani. Obžalovati je le, da tiskarna ni posvečala knjigi in zlasti ilustrativnemu delu one pozornosti, ki bi jo dobro izbrani in izborni kliširani rentgenogrami zaslužili. Tako je marsikateri večji detalj žalibog zabrisan. Vkljub temu pa ostane še vedno dosti dobrih slik in knjiga vsled tega nič ne izgubi na svoji vrednosti in prepričevalnosti.

Avtorju iskreno čestitamo k lepemu delu, želeč knjigi obilo uspeha!

R. N.

Docent dr. Ivan Matko: Novodobna pisava v luči sodobne pedagogike in šolske higijene. Založba „Učiteljskega doma“ v Mariboru. 24 strani.

Mala brošura, namenjena predvsem učiteljstvu naših osnovnih šol — saj predstavlja ponatis članka, ki je izšel v „Popolniku“ — bo morala zanimati tudi zdravnike, predvsem šolske in praktične zdravnike, pa tudi stariše šolskih otrok. Z začudenjem smo videli, da se znani naš borec proti tuberkulozi in internist naenkrat znajde na polju šolske higijene, daleč proč od običajnega svojega delovnega kroga. Obdeluje pa novo stvarino z njemu lastno temeljitostjo in skrbnostjo tako, da dobi čitatelj vkljub stisnjeni obliki celega spisa lep pregled vsega problema, s katerim se bo morala šolska uprava nujno baviti bolje danes kot jutri.

R. N.

Priv. doc. dr. Božo Škerlj: Človek. Izbrana poglavja iz prirodoslovja človeka. „Mala knjižnica Zv. 2“. Izdaja knjižne založbe tiskarne Merkur d. d. Ljubljana. 102 str. Cena br. din. 12 —, vez. din. 20.—.

Predležeca knjiga našega znanstveno tako izredno agilnega antropologa predstavlja prvi poskus podati težavno stvarino antropologije tudi širšim krogom inteligence na razumljiv in obenem zanimiv način. Vnaprej povem, da se mi zdi ta poskus v vsakem oziru posrečen.

Avtor prinaša v svoji knjižici marsikaj, kar bo tudi zdravnika zanimalo, akoprav mu bo večina načetih problemov že znana. Tako bi n. pr. vsakemu zdravniku priporočal, da pazljivo prečita poglavje o antropometričnih metodah, ki vsebuje obenem tudi kratko razpravo o modernih statističnih metodah. Zelo koristna je tudi uvedba literature, ki bi mogla vsakega interesenta globlje uvesti v posamezne probleme.

Toda tudi znana poglavja bo vsak od nas rad prečital —. Malo knjigo, ki je vzor dobre poljudno znanstvene knjige za inteligenčne kroge, zato vsem kolegom toplo priporočamo za lastno knjižnico in upamo, da jo bodo naprej priporočali. Rabili jo pa bodo tudi za predavanja itd.

R. N.

Priv. doc. dr. B. Škerlj: Socijalno-antropološka studia k vprašanju manjvrednega otroka. Ljubljana 1933 — 70 str.

Pomanjkanje prostora in časa sta kriva, ako na to po obsegu malo, po vsebini pa velevažno delo nisem že preje opozoril naše čitatelje. V času, ko se toliko govori in piše pro in kontra o evgeniki, morajo absolutno stvarni in najvestnejše zbrani podatki o manjvrednih otrocih vzbuditi najgloblji interes vseh zdravnikov in šolnikov.

Delo obsega preiskave pri 76 otrocih, ki hodijo na drž. pomožno šolo v Ljubljani. Od tega je 52 dečkov in 24 deklíc. Korak za korakom nam razčlenjuje avtor telesni in duševni ustroj teh otrok, njihove anomalije in dednostne odnose do staršev in daljnih prednikov.

V drugem delu pa prinaša avtor 64 kratkih izvlečkov iz rodovnikov, ki nudijo v svoji stvarnosti pretresljivo sliko razmer, v katerih so ti otroci zrasli in iz katerih izvirajo. Kdor prečita te življenske sličice, verjame avtorju, da „postane res do izvestne mere fatalist.“ Ne bomo se čudili, ako nam pokaže avtor pri analizi slučajev kot enega glavnih in najhujših vzrokov za manjvrednost otroka alkohol, ki ga je našel v polovici slučajev pri starših, v 84 % pri prednikih teh otrok. Poleg tega imajo največji pomen razne duševno-moralne anomalije staršev in prednikov, ki jih najdemo v brošuri v bogati izbiri pri 28 od 64 rodovnikov. Ako še pogledamo podučne skice na koncu brosure, ki hočejo predvsem dokazati, da je največ manjvrednih otrok iz mnogoštevilnih rodbin ali

— obratno —, da se družine s kako manjvredno komponento mnogo bolje in hitreje množe kakor druge, tedaj se bomo morali z vso resnostjo poglobiti v te probleme. Ni dvoma, da bi morali pri razvrščanju vsega tega ogromnega materiala stati zdravniki, zlasti pa praktični zdravniki, v prvih vrstah. R. N.

Priv. doc. dr. B. Škerlj: Antropološka preiskava tekmovalcev. Ljubljana 1934.

Ponatis iz „Soko“ štev. 7—8/1934. 14 str. „O priliki I. medzletnih tekem SKJ v Ljubljani, ki so bile za časa proslave 70-letnice Ljubljanskega Sokola“, je bila prilika za antropološko preiskavo večjega števila Jugoslovancev. V treh delavnih dneh je bilo pregledano 837 Sokolov in Sokolic. Že na prvi pogled je ta s skromnimi besedami napovedana naloga dokaj težka. Dejansko je avtor moral improvizirati za tako obsežno delo (skoraj 300 telovadcev na dan) prav vse in mala brošura je že iz tega organizatornega vidika prav zanimiva. Sodeloval je z avtorjem pri teh preiskavah prof. dr. A. Košir in 8 pomočnic (sestre in dijakinje). Poročilo obsega zaenkrat samo slovenske telovadke in telovadkinje, skupaj 342. Pri primerjavi teh z nemškimi telovadci (serije po Bachu) pride avtor do zelo poudčnih rezultatov, od katerih nas sicer statistični podatki jako zanimajo, še bolj pa praktični zaključki, med katerimi je na prvem mestu ugotovitev avtorja, da je treba z vso energijo svariti pred pretirano telovadbo žensk, ki ima za posledico izredno zožitev medenice in s tem otežkočenje porodov, torej z zdravniškega vidika izredno vpoštevanja vredno dejstvo. Ref. je o tem govoril z nezdravnikom, ki je sam navdušen telovadec in ta mu je pritrdil češ, da sta se z ženo večkrat čudila, kako je čudno, da so ravno najbolj navdušene sokolice med njunimi znankami imele težke porode. Upamo, da nam bo doc. Škerlj o teh velevažnih preiskavah kmalu kaj več poročal. R. N.

Knjigarna Kleinmayr & Bamberg, Ljubljana

Miklošičeva cesta 16 - Telefon 31-33

priporoča gg. zdravnikom medicinsko

in farmacevtsko slovstvo, ki jo ima

vedno v zalogi. Novosti, kakor tudi

druge knjige pošilja radovolje na

ogled. Vse v „Zdravn. vestniku“ na-

vedene medicinske knjige in časopise

dobavlja najhitreje. Prosimo gg.

zdravnike, da se obračajo v slučaju

potrebe na nas. Dragevolje dajemo

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

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

I. Iz poljske literature

Dr. J. Grünhut (Kraków) objavlja važna načela v postopanju pri nosečnosti, komplicirani po miomih maternice, ki nikdar ne predstavljajo sigurne zapreke za nastanek nosečnosti. 0.5 — 1% porodov, ki sledijo po taki nosečnosti njihovemu skupnemu številu, najdemo v veliki večini pri starejših primiparah in to dejstvo sili avtorja poleg drugih premislekov k načelu, da ne smatra navzočnosti mioma v nobenem slučaju za absolutno indikacijo prekinjenja nosečnosti. Kajti možnost okuženja in nadaljni obstoj novotvora prinašata noseči edino nevarnost brez vsake koristi.

Miomi v mali medenici, ki niso preobsežni, se v nosečnosti dvigajo v trebušno votlino in klinično ostajajo skoraj neopaženi, po nekod se zmanjšajo, drugič omehčajo in zahtevajo zdravniško pomoč pri porodu le takrat, kadar ostanejo v mali medenici in v slučajih delne ali celotne nekroze novotvora. Velja to predvsem za subserozne miome

s peclji, ki povzročajo neprijetnosti še le v tretji porodni dobi, vendar ne takih, ki bi se z običajnimi sredstvi ne mogle odstraniti. Miomi spodnjega dela materničnega telesa povzročajo poškodbe ploda in njegovo nenavadno položnje, med porodom tudi izpadanje popkovine. Če je že bila nosečnost v navzočnosti submukoznih miomov možna, povzročajo ti najrazličnejše in nevarne komplikacije. Bolečine v nosečnosti, placenta praevia, krvotoki po porodu, predvsem pa najnevarnejšo, namreč okuženje novotvora, ki je radi neposredne bližine maternične votline in mnogokrat poškodovane sluznice, prekrivajoče novotvor, zelo običajno. Radi tega je neobhodno potrebno radikalno postopanje in sicer odstranjenje maternice skozi trebušno votlino ter drenaža rane skozi nožnico. Takšen postopek ni v poslednjih letih zahteval niti ene žrtve.

Vsak oni miom pa, ki pri gotovi velikosti ostane v mali medenici, nas silí pri živem plodu k cesarskemu rezu. Radi individualnih možnosti opazujemo potek poroda in rabimo klešče edino v slučajih, ki običajno dovoljujejo njihovo rabo, povsod drugod se pa poslužujemo cesarskega reza, ki najbolj štedi mater in daje živega otroka. Novotvore po potrebi odstranjujemo z nadnožničnim rezom obenem z materničnim telesom in običajno drenažo. Med nosečnostjo ne postopamo nikdar aktivno, izvzemši pri pojavih novotvorne nekroze; pri grozečem splavu se poslužujemo običajnih konservativnih metod.

Nekroza miomov med nosečnost o predstavlja najbolj pogoste komplikacije, ki nas prisilijo k radikalnemu postopku le ob grozečih pojavih. Če jih ni, vemo namreč, da se po nekoliko dneh pomirijo in je ob subfebrilni temp. in pri nekoliko bolečinah nosečnost možno zavleči, počakamo, da doseže plod potrebno življensko zmožnost in izvršimo cesarski rez. Običajno najdemo v teh slučajih lokalizirano peritonitis, ki pa ne predstavlja resnih tehničnih težkoč (zlepi). Pojavi nekroze novotvorov po porodu so pa absolutna indikacija radikalnega postopka, ki je ugoden vedno ob pravem času, ko še obča infekcija ni nastopila. Neugodne posledice operacije so vedno le konec predolgega čakanja.

Polska Gazeta Lekarska, št. 13. 1934.

Brez prelenzij do analize farmakološkega delovanja in strogih laboratorijskih poskusov objavlja P. D. Dawydow (Taganrog, SSSR) izkustva svojega 5 letnega lečenja s česnom. Od 125 bolnikov je bilo 75 bolnih radi helminthiasis (oxyuris vermicularis), 25 malaričnih in 25 atherosclerotičnih (srce in žile). Pri prvih uporablja eno česnovno zrno (del celega čebulčka) tako, da ga z nekoliko vode razdrobi v možnarju, nato ga v 1—2 skodelicah mleka 5 min. kuha, nato precedi in še toplo mešanico uporabi po navadi kot klizmo na večer. Pred tem je treba anus umiti z raztopino sapo viridis. To klizmo je uporabljati dnevno 2—3 tedne. Zelo dober uspeh je dosegel avtor pri 90%. Zajedalcev in njihovih jajčec po zdravljenju ni več najli niti klinično niti laboratorično.

Malarične leči avtor z 2 tedensko alkoholno nalivko in jo predpisuje 3 krat dnevno po 20—25 kapljic po jedi. Zdravljenje traja 2—4 tedne, na to sledi provokacija (podkožni vbrizg adrenalina ali mleka) ter preiskava krvi na plasmodije malarije. Klinično nastopa zboljšanje že po 5—7 dneh. V 80—85% slučajev ni najli pojavov malarije niti klinično niti laboratorično še po 15 mesecih in bolniki se počutijo povsem dobro.

Atherosclerotične zdravi avtor ravno tako z nalivko po 3x25 kapljic skoz 6—8 mesecev. Obče zboljšanje nastopi po 1½—2 mesecih.

Polska Gazeta Lekarska št. 15. 1934.

Na podlagi lastnih raziskovanj razpravlja Dr. P. Pregowski (Warszawa) o lečenju t. zv. psihičnih in živčnih funkcionalnih motenj. Tako običajna kakor tudi prehodna nezgodna neurastenija je v svojem bistvu neuritis vegetativnega živčnega sistema, ki sestoji na nedovoljnem razširjenju površinskih krvnih žil in eventualno na njihovem nagnenju do krčev. Posledica teh pojavov je nezadosno odstranjevanje produktov promene snovi in nastopno zastrupljanje mozga. — Neurastenija je neposredni sosed shizofrenične psihoze in more v njo tudi preiti. Shizofrenija (dementia praecox) nastaja na enaki vegetativni patologiji, razlika je v kvantiteti. Od dementia praecox je ločiti precejšno skupino duševnih motenj, ki se mnogokrat pripisujejo tej. To skupino označujejo v njenem popolnem

razvoju sledeči 4 glavni pojavi: dezorijentacija, jakost in spremenljivost efektivnega življenja, halucinatorične čutne predstave, predvsem očne in tupatam naslopajoča lucida intervalla.

Zdravljenje teh funkcionalnih duševnih in živčnih obolenj, nastopajočih po motnjah vegetativnega sistema ima predvsem namen odpraviti krče površinskih krvnih žil in jim pripomoči k potrebnemu razširjanju. Ta namen dosegamo: 1. s toplimi oblogami vzdolž hrbtenice, 2. s sredstvi, razširjajočimi površinske žile, kakor masaža, parne kopeli, prhe z velikim pritiskom, zdravila itd. Najvažnejše izmed navedenih sredstev so tople obloge, ki jih uprizarja avtor na sledeči način. Nekaj gumijevih žakljev, ki jih napolnjuje vsako uro z vodo, ogreto na 45–46 st. C, polaga v ravni črti tako, da leže bolnik s hrbtenico na nje. Zadnjega položi tako, da se dotika obeh tuberantiae occipitalis externae, glava pa se naj dotika z brado prsi.

Uspehi tega lečenja so nad vse povoljni. Neurastenijo odpravlja avtor popolnoma, dementia praecox v začetkih ravno tako, pri vseh zastarelih slučajih te bolezni pa dosega znatno zboljšanje. Izvzeti pa so tu slučaji z zgoraj navedenimi pojavi (lucid. intervallum itd.) Medycyna, štev. 22, 1933.

Nad vse zanimive poskuse o uporabljanju sokov rastlin, vzgojenih v zemlji, vsebujoči strup tuberkuloze, objavlja Dr. W. Martiniec (Komarow Lubelski). V mnenju, da je odpornost in preobčutljivost obči pojav, ki se pojavlja pri vseh živih bitjih, torej tudi pri rasilinah, je avtor začel gojiti pred 6 leti haarlemske hiacinte Moreno, Gertrude, Bismark in tulipane Gelber Prinz, La Reine maxima, Prosperine, Vermillon, Brillant in Tournesol rumeni v zemlji, ki jo je okužil z izpljunki (Koch poz.) jetičnikov, sfermentovanimi po 2 mesečnem stanju v sobni temperaturi. Pri tem je opazil, da uspevajo okužene rastline mnogo slabše kakor zdrave; v barvi cvetov ni bilo razlike. Na višku rasti je avtor iztisnil iz vseh rastlinskih delov, izvzemši cvet, sok ter ga, upoštevajoč stroge aseptične mere, razredčenega v fizijološki raztopini nalil v ampule po 2.2 ccm. Pod drobnovidom v rasilinah Kochovih bacilov ni bilo najti. Njihov sok pa aglutinira z Altituberkulinom po 3 urah po. polnoma razločno, manj jasno tudi z mešilovim antigenom po Boquetu in Nègréju. Sok kontrolnih rastlin teh lastnosti ne kaže. Sok zastrupljenih rastlin, pomešan v razmerju 0.1 : 1 k sterilni jajčni poživki po Besredki, ovira rast tbc. bacilov, dodan k isti poživki v razmerju 0.25 : 1.0, rast bacilov onemogoča. Sok kontrolnih rasilin je tudi v tej mešanici indiferenten.

Po začetnih poskusih na živalih in na avtorju samem, je poskusil ta svoj rastlinski sok tudi na bolnikih v obliki injekcij po 2 ccm. Lečil je predvsem infaustne slučaje (phtisis pulmonum chronica consumptiva fibroso-caseosa). Serija injekcij je obsegala 20 vbrizgov. Uspeh je bil le delen, (padec temp. izginjenje nočnega potenja, porast teže, subjektivno poboljšanje), toda iz razumljivih razlogov brez sprememb v pljučih. Izmed bolnikov, zdravljenih z opisanim sokom, je umrl prvi po 8 mesecih, drugi po 10, tretji po preteku 16 mesecev po končani seriji, četrti še živi, usoda zadnjih dveh je neznana. Edina bolnika, ki sta pa dobivala sok neokuženih rastlin, sta umrla po 6 mesecih. Pri bolnikih nekoliko lažje obolelih (phtisis pulmon. declarata fibroso-caseosa stationaris in progrediens chronica) je dosegel avtor po kratkem lečenju znatna zboljšanja v smislu prej opisanih, ozdravil pa je popolnoma 1 slučaj lupus vulgaris planus partim ulcerosus, v drugem slučaju lupus vulg. tumidus pa je dosegel po 25 injekcijah znatno zboljšanje.

Doseženi uspehi dajejo avtorju upanje na izboljšanje njegove zamisli, obenem pa povdarja upravičenost želje po ustanovitvi specialnega instituta, ki bi se pečal pod vodstvom dobro izšolanih zdravnikov s proučevanjem rastlinskih antigenov.

Polska Gazeta Lekarska, štev. 15, 1934.

II. Periodica

SRBSKI ARHIV. 1934. štev. 3., 4., 5., 6. — Dr. Šalom Zaharija: Abscessus prostaticae metastaticus. Prilog pitanju negonoročnog zapalenja i apscesa prostate.

Popis 6 slučajev metastatsnoga ogniojenja prostate, ki so vsi nastali po gripi oziroma furunkulozi in niso gonoroične narave. Pri diferencialni diagnozi pisatelj opozarja posebno na kasni nastop leukocitoze, ki se poveča le tedaj, ko je absces že popolnoma zrel. V začetku obolenja nimamo nič drugega kot visoko vročino in je le ta, ki nas sili, da mislimo na sepo. Le kasneje se pokažejo znaki vnetja prostate. Zato priporoča v vsakem slučaju takozvane kriptogenetične sepe, naj se misli na možnost prostate-abscesa. Dobre uspehe je imel z antistafilokokus- cepivom in še predvsem z antivakcinom, ki ga je dobil direktno iz prostate ali potom masaže iz urina. Ravnotako uporablja tople obkladke.

V slučaju, da nastopi visoka temperatura z mrzlico, iznenadno povečanje leukocitoze ali če poneha bolečina in da ostane visoka temperatura in velika leukocitoza, so to znaki ali začetne sepe ali predora abscesa v perinej in je zato nujno indicirana operacija.

Dr. Hudak Albert: Vena cava superior. Prinaša lepo rentgenološko študijo o spremembah vene cavae sup. in prihaja na podlagi študij Vaquez-Bordet-a in lastnih izkušenj na 20-tih preštudiranih slučajih do sledečih zaključkov: Spremembe na v. c. s. se najlažje vidijo O. P. (80%) ampak te spremembe obstojajo samo v 15% slučajev, kjer srce kaže le klinične in ne radiološke simptome.

Prof. dr. Nenadović: Moralni zakon spolnog života čoveka. Je to prepis predavanja, ki ga je ta učenjak imel v srbskem zdravniškem društvu. Predavanju je sledila obširna in poučna debata, ki je bila mestoma zelo ostra in je v glavnem obsodila knjigo dr. Kostića, ki je vzbudila tudi v dnevnem časopisu toliko nasprotujočih si mnenj. Jedro vsega predavanja je, da v mrtni naravi veljavni trodimenzijski zakon (sila, napor, koristno delo) velja tudi v biologiji. Na spolno življenje človeka prenešeno izoblikuje on moralni zakon, ki se glasi: Estetika, morala, smotrnost.

Proti temu zakonu greši: Iz moralnega stališča — opisovanje coitus-a, cunnilingus-a, fellatio, positio aversa itd. Iz moralnega stališča — predčasno zbujanje spolnega gona, predčasna združitev, vsak nasvet, ki služi v potenciranje uživanja med coitusom, ranjenje sramežljivosti. Iz stališča smotrnosti — predstavljanje zakona kot samo zadoščenje spolnega gona, preprečanja koncepcije, splav, erotiziranje družbe.

Dr. Vojislav Mihajlovič — Hypokrat i njegovo učenje. V prvem delu tega članka nam je podan kratek pregled o stari medicini, posebno o oni pri Egipčanih i nje vpliv na grško medicino. Špeciialno je obdelana Hypokratova doba, življenje in delovanje Hypokrata samega. Drugi del tvori nekaj prevodov iz „Corpus Hypocratikum-a“, ki nam kaže kako izreden čut opazovanja in intuicije je imel Hypokrat. Te prevode bo s koristjo in zanimanjem bral tudi na modernejši eskulap.

Dr. Murić Miloš — Terapija plućne tuberkuloze na II. unutaršnjem odeljenju u toku 1923—1933 godine. Klinika prof. dr. Radosavljevića.

Autor prinaša rezultate, dosežene na Radosavljevićevoj klinici pri zdravljenju tuberkuloze. Od 6141 kliničnih slučajev je bilo 1447 slučajev plućne tuberkuloze. Odstotek plućne tuberkuloze u primeru z drugim internim boleznima je bil 23%. Posebno visok je ta odstotek pri delavstvu. Ni bilo moguće najti absolutnoga antagonizma med tbc in astmo, mitralnim napakami srca, malarijo. Imeli so slučaje aktivne tbc pri astmi. Opazili so dejstvo, kako pogubno vpliva na potek tbc diabetes, lues in nosečnost. Pri nosećih so većkrat zdravili z uspehom potom pneumotoraksa. Potrdili so, da eksudat pogosto povoljno vpliva na tbc. Tuberkulozne laringitide so se zboljšale in celo ozdravele z umetnim pneumotoraksom in direktnim in lokalnim sonćenjem. Črevesno tbc so ugotovili v 6% plućne tbc, a ta odstotek je gotovo premajhen, če pomislimo, da je Rulein pri obdukciji 500 jetičnikov našel črevesno tbc v 65%. Glede terapije so pokušali in zdravili s krizoterapijom, tuberkulinom, lipatrenom, gamulanom, B. C. G. itd. Umetni pneumotoraks na 548 slučajih je dal povoljni uspeh v 51% slučajev, od teh je 12% ozdravljenih in 18% zelo izboljšanih. Eksudat je nastopil v 46% slučajev. Obojestranski pneumotoraks je bil proučen u 42 slučajih.

s 17 uspehi. Od 24 oleotoraksov je ozdravelo 7. Phrenicektomijo so izvršili v 138 slučajih in je dala klinično izboljšanje v 30%. Največkrat so jo napravili pri kmetih kot socijalno in ekonomično indikacijo.

Ekstrapleuralno torakoplastiko so napravili v 15 slučajih s 6 več ali manj popolnimi uspehi.

K. Šahović in M. Cvetković iz patološkega instituta beogradske univerze: Prilog proučavanja odnosa tuberkulozne infekcije i malignih tumora, patološko anatomski istraživanja. Iz svojih patološko anatomskih poskusov avtorja izključujeta vsako možnost antagonizma med tuberkulozo in rakom pri človeku. Njih materijal jasno dokazuje, da je mogoč aktiven razvoj tuberkuloznega procesa in neoplazme pri istem organizmu. Ravno tako obstoja možnost razvoja tuberkuloznega in neoplazmičnega procesa na istem organu, to je drug poleg drugega.

Dr. Bran. M. Stanojević prinaša za vsakega praktika važen in interesanten članek: Praktični uput za terapiju insuficijencije srca i krvotoka.

Natančno poroča iz praktičnega stališča v vseh važnih momentih pri terapiji srca in krvotoka.

Pri motnjah krvotoka vseh vrst, posebno pa pri akutni in kronični slabosti srca priporoča dijeta revna na soli in tekočinah (Karell) ter digitalis (pri normalnem ritmu, kakor tudi pri arrhythmia perp.) Za akutne slučaje, toda tudi za kronične dekompenzacije je primeren strophantin. Scilla preparati (Scillaren) dobro učinkujejo pri insuficijenci desnega atrija „pneumogena forma“ (Emphysem srca decomp.), toda tudi pri insuficijenci levega ventrikla dobro deluje. Pri asthma cardiale: najprvo Mo inj., nato strophantin, event. venepunctio. Pri motnjah krvotoka periferne značaja so indicirana sredstva, ki dražijo vazomotorična centra kot so coffein, campher, cardiazol, strychnin itd. Pri periferni kapilarni parezi: Adrenalin, ephetonin, tonephin, sympatol itd.

Pri istočasni slabosti srca digitalis ali še bolje strophantin. Pri infekcijskih boleznih poleg vazomotoričnih sredstev intravenozna infuzija 2 ccm tonephina ali ephetonina po Schottmüllerju.

Dr. Vladimir Vujić — O simulaciji živčanih i duševnih poremećaja

Prof. A. von Szentgyörgyi, direktor za medicinsku kemiju. Szegedin, Ugarska. Še do pred kratkim je bilo splošno prepričanje, da je vitamin C težko preiskavati, sedaj pa že poznamo njegov natančen ustroj in celo njegovo formulo.

Pisatelj opisuje kako je on pričel s proučevanjem te snovi v kletni sobi v Groningen in kako je to svojo delo pozneje nadaljeval v Cambridge. Natančno opisuje biološki in medicinski pomen te snovi, ki se je izkazala zelo aktivno proti skorbutu. Je to derivat heksoze, ki ima posebno redukcijsko zmožnost. To je tudi njegova glavna kemična lastnost in na njej sloni brezdvomno njegova biološka funkcija. Trenutno ne vemo še na kak način ta redukcijska zmožnost askorbinove kisline deluje na življenje celice, verjetno je, da vitamin v živalskem organizmu sploh ne izvaja nikakega specifičnega delovanja, ampak samo splošno delovanje v življenju celice.

Klinična slika avitaminoze se popolnoma strinja s to razlago. Vitamin C je življenjsko važna snov, toda telo mora trpeti na pomanjkanju vitamina, da ta lahko razvije svojo zdravilno moč. Naši nazori glede nevarnosti vitamina so se nekoliko spremenili. Skorbut nam predstavlja skrajnejšo sliko avitaminoze, to je bolezni, ki se pojavi, čim nam zmanjka vitamina. Nova dela na tem področju smatrajo, da gotove bolezni nastanejo vsled lokalnega pomanjkanja vitamina. Toda vsa dosedanja raziskavanja nam le deloma naznačijo kakšen vpliv in pomen ima vitamin v medicini in biologiji.

O opasnosti primarnog zašivanja rana u mirnodopskoj praksi piše J. Braine, kirurg pariške bolnice. Avtor se postavlja na stališče, da se rana ne sme zašiti razen v izjemnih slučajih.

III. Jugoslavica.

(Dr. B. Škerlj — Ljubljana)

Zur Anthropologie der Prostituierten.

V arhivu „Für Frauenkunde und Konstitutionsforschung“ je priobčil avtor obširen z mnogimi statističnimi tabelami opremljen članek o antropologiji prostitutk. Na podlagi antropoloških mer, ki jih je izvršil na 117 slučajih v Ljubljani, Berlinu in Monakovem, je prišel do sledečih zaključkov: prostitutke imajo povprečno večjo telesno težo, nagibajo k debelosti posebno trebuha in prsi, medtem ko so približno nespremenjene mere pri ekstremitetah. Tudi imajo izredno povečane mame, kar pa ne odgovarja povečanju mlečnih žlez. Navadno je to samo povečanje na račun maščobe, ki se tu nabira. Tako imajo tudi povečane mere v širini kolka in prs. Izredno v oči pade tudi nesorazmerno povečanje zgornjih čeljusti in sploh celega spodnjega dela obraza. Običajno so nižje rasti. V 2 — 5 % slučajev je izrazit infantilizem. Značilno je tudi prezgodnje staranje in pa rana spolna zrelost teh žensk. Tako imamo tudi menarho pri teh tipih povprečno preje kot pri drugih ženskah. Ravno tako je čas prvega spolnega udejstvovanja običajno zelo zgoden. V glavnem lahko mirno trdimo, da prostitutka živi hitreje in se tudi hitreje stara. Pisec misli, da lahko delimo v splošnem prostitutke v dve skupini in to: v one, ki so se lotile tega poklica iz zunanjih socijalnih, družinskih in sličnih vzrokov, te se pod ugodnimi pogoji tudi dajo še rešiti. V drugo grupo pa prišteva avtor nekako konstitucionalno k prostituciji nagnjene tipe in teh je po njegovem mnenju med prostitutkami največ.

A. S.

V „Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung“ pri naša g. dr. Škerlj obširno razpravo o „Menarche und Klima in Europa“. O tem problemu je pisatelj pisal že l. 1930 v Zdrav. Vestniku. Sedanji članek je izpopolnjena studija o vplivu podnebja na menarho v Evropi. Na podlagi klimatoloških kart se lahko zaključi, da ima podnebje poseben vpliv na menarho in to je, da oceanski značaj podnebja povzroča zgodnji, kontinentalni pa poznejši nastop menarhe. Gotovo imajo velik vpliv na nastop menarhe okolica, način življenja, industrijalizacija dežele in slično. Ti faktorji so že vsi vsesplošno priznani. O vplivu rasne razlike pri prebivalstvu Evrope ne moremo govoriti.

A. S.

IV. Therapeutica.

H. Siebke — Kiel: „Diagnoza in terapija pri motnjah menstruacije“. Med krvavitvijo, dokler zdravljenje s hormoni še ni dovedlo do ojačenja muskulature, moramo dati sredstva, ki ojačijo preslabo kontrakcijo maternice, predvsem torej preparate sekala. S. zato z uspehom rabi poleg Extr. secal. fl. in Ergotamina tudi sintetični preparat Tenosin (Liquor tenosini) 3 krat na dan 15–20 kapljic. Ako pa povzroča premočno krvavitev ohlapanost ali fibrozna degeneracija uterusa, priporoča avtor, da bi poskusili s sekalom. Pri takem zdravljenju dajemo sekale ne samo za časa krvavitve, temveč tudi v intervalu, n. pr. skozi 4 tedne 3–4 krat na dan 15–20 kapljic liq. teno. sini. Ako pride po sekalu namesto do zboljšanja do še hujših krvavitvev, tedaj je upravičen sum na intermuralni miom, ki se ne more vedno palpirati in pri katerem bo operacija večinoma neizogibna. (Med. Klin. 46/33).

K. Velhagen: „Medikamentozno zdravljenje v oftalmologiji“. Pantocain (1,0% v fiziološki raztopini) učinkuje hitreje kot 2–3% Cocain in zadostuje za vse operacije na očeh. W. Hoffmann (Z. Augenhkd. 78/32) je primerjal Pantocain, Larocain in Diocain s Cocainom. Polni kokainski učinek pa doseže samo Pantocain. Akoprav še ne

moremo podati končne sodbe o kokainskem nadomesiku, vendar lahko rečemo, da bo praktični zdravnik pri odstranitvi tujkov in pri prvi pomoči sploh rajše rabil Pantocain ali Larocain namestu Cocaina. Priporoča se istočasno vkapljanje Adrenalina, ker ta sredstva ne zožujejo žil kakor Cocain. Pri oftalmološki migreni se obnesejo luminalete (Fortschr. Ther. 5/33).

E. Meder — Ludwigshafen a. Rh.: „Evipan v ginekološki kliniki in privatni praksi“. Ne samo v kliniki temveč tudi v privatni praksi je M. služil Evipan kot izboren in skoraj popolnoma neopasen narkotikum. Pri vseh ginekoloških posegih, ki jih je treba izvršiti v narkozi, rabi avtor že davno samo še Evipan-Na. Ako pazi zdravnik na meje dozacije in ako izključi od te narkoze izredno nervozne, kahektične in izkrvavele žene, tedaj je Evipan tudi v privatni hiši izboren pomočnik, za katerega je pacientka hvaležna. — 7 ccm. je povprečna doza. Po počasnem vbizganju 3—4 ccm. nastopi spanje, kar se običajno javlja z močnim zdehanjem. Dovolj globoka postaja narkoza po vbizganju nadaljnjih 4—5 ccm. Izraziti vpliv Evipan-Na na dihalni center zahteva točno opazovanje dihanja. Čeljust moramo dvigniti, ako hoče pasti nazaj. V globokem Evipan-spanju je dihanje znatno plitvejše. Pri preveliki dozi lahko nastopajo hude motnje dihanja, da celo paraliza dihalnega centra. Tudi M. je dvakrat doživel ta incident. Takojšnje vdihavanje CO₂ je odstranilo zelo neprijetno komplikacijo po 10 minutah. Operacija se je morala končati v etrovi narkozi. Od takrat M. nikdar ne daje več od 7 ccm. in komplikacij ni več; lahki tresljaji miškulature pa nimajo nobenega pomena. — 15—20 minut trajajoči Evipan-spanec zadostuje za vse manjše ginek. operacije (kiretaže, dilatacije, probatorne ekscizije, težavne preiskave itd). Pa tudi nekateri porodniški posegi se dajo izvršiti v E.-narkozi: manualno iztipanje, odlučenje placente, šivanje ruptur in sl. Za porode Evipan ni primeren, ker popadki skoraj popolnoma sistirajo. (Zbl. Gyn. 8/34)

DROBNE NOVICE

Osebnosti. Prof. dr. E. Šlajmer je praznoval svojo 70-letnico. O tem jubileju zaslužnega zdravnika v prihodnji številki. Prof. dr. Dimitrije Antić, predstojnik II. interne univerzitetne klinike v Beogradu, je obhajal v krogu svojih učencev in prijateljev svojo 60-letnico. Gospodu profesorju najiskreneje čestitamo.

60-letnico je slavil na Dunaju prof. dr. Fran Chvostek. Vsi njegovi učenci so ga gotovo ohranili v najlepšem spominu.

Načelnik oddelka za socialno politiko in narodno zdravje dr. Fr. Dolšak je bil na lastno željo vpokojen.

Prve dni oktobra je imela federacija slovanskih lekarnarjev svoj III. kongres v Beogradu, Zagrebu in Splitu. O priliki tega kongresa so priredili v Zagrebu kemijsko-farmaceutsko razstavo.

Na Poljskem je pred kratkim umrl grof Jakob Potocky, eden najbogatejših mož poljske republike, s premoženjem od nekoliko milijonov zlotov. Znatno del tega svojega premoženja je zapustil ustanovam za pobijanje raka in tuberkuloze.

Na Čehoslovaškem so pred kratkim priredili lekarnarji slavno, ki je sicer trajala samo dve uri, imela pa je namen demonstrirati proti ustanavljanju farmacevtskih obratov od strani bolniških blagajn.

Britsko zdravniško društvo je svojemu zunanjemu ministrstvu predlagalo, da se vsem poslaništvom dodelijo zdravniški atašeji. Dolžnost le-teh bi bila, da svojo vlado obveščajo o vseh pojavih, napredkih, ustanovah itd. tuje države na higijenskem in medicinskem polju. Ta predlog moramo pozdraviti tudi mi, ker bi angleškemu vzgledu najbrže tudi druge države v kratkem sledile. Izdatke za to službo bi njen uspeh kmalu kompenziral.

Mesto Bordeaux na Franconskem je za svoje občane vpeljalo zdravstveno knjigo, ki ga izdaja urad za civilne poroke. V tej knjigi se bodo zapisale vse spremembe v zdravstvenem stanju dotične osebe, kar bo golovo neprecenljive vrednosti za vsa poznejša obolenja. Poskus uvedbe take knjižice bi bil tudi pri nas na mestu.

Epidemična spinalna paraliza se širi v danskem Šlesvigu, pa tudi v nekaterih krajih Kalifornije. Gre za izredno velik obseg epidemije v obeh deželah.

Difterija, ki je tudi pri nas v zadnjem času zavzela zopet večji obseg, straši po celi Evropi. V čehoslovaški republiki hočejo uvesti obvezno cepljenje proti tej bolezni.

Egiptska policija se na čisto moderen način bori proti tihotapljenju narkotikov. Pred kratkim so hoteli preprečiti tihotapstvo neke karavane z hašišem. Poslužili so se pri tem letal, avtomobilov in kamel. Borba je trajala dva dni, predno se je posrečilo premagati tihotapce.

Tudi na Kitajskem se borijo proti trgovini z narkotiki. Pred kratkim je nankinška vlada dala ustreliti več trgovcev s tem blagom.

Začetkom avgusta se je pripetila v Santiago di Compostella huda nesreča. 70 zdravnikov je bilo o priliki nekega kongresa zbranih pri banketu. Takrat se je udril strop in cela družba je strmoglavila v klet. Dva zdravnika sta bila mrtva, mnogo težko ranjenih.

Borbo proti trušču so v Londonu in sedaj tudi v Parizu izvedli na ta način, da so vsem šoferjem motornih vozil v območju mesta prepovedali vsako hupanje razen v najnujnejših primerih.

V Avstraliji baje živi podeželski zdravnik, ki ima pod svojo oskrbo pokrajino s površino čez 100.000 kvadr. kilometrov. Ima svoje privatno letalo, v katerem si je uredil malo operacijsko sobo ter lekarno. Neredko leti k svojim pacientom 800 km daleč, težke bolnike pa vzame s seboj v bolnico.

Umrli: V Beogradu sanitetni brigadni general dr. Mihajlo Petrović v starosti 71 let. Z njim je preminul odličen vojni kirurg, ki si je za organizacijo vojaške sanitete pridobil velike zasluge že v balkanski in pozneje v svetovni vojni. Tik pred smrtjo je še predsedoval kongresu Jugoslovanskega kirurškega društva.

V najboljši moški dobi je podlegel jetiki sanitetni kapetan dr. Aleksander Šiškan. Bil je eden najboljših moči Vojno-higijenskega zavoda, kjer se je bavil z bakterijološkimi deli. Kdor je simpatičnega in izredno sposobnega kolega poznal, ga bo ohranil v najlepšem spominu.

V Parizu je umrl prof. Leon Bernard, eden največjih ftizeologov Francije in celega sveta, vodja klinike za tuberkulozo, avtor ogromnega števila najboljših del o pljučnih boleznih.

IZ UREDNIŠTVA

Zahvala.

Matrico slike blagopok. kralja Aleksandra I. nam je dalo na razpolago uredn. „Jutra“.

Kliše slike pok. dr. Vl. Jelovška v prejšnji številki je posodila uprava „Lječ. Vestnika“.

Kliše slike Mad. Curie uprava „Lekara“.

Vsem prisrčna hvala!

Urednik.

Za tiskovni sklad Zdravn. Vestnika so prispevali:

dr. Jenko — Vevče: Din 50.—, dr. Krumberger — Sveti Lenart: 30.—,
dr. Radšel — Slovenjgradec: 75.—

Hvala lepa!

EUPACO „Merck“

pri krčih gladke muskulature

Indikacije: Kolike jeter in žolčnih poti, želodčne kolike, hyperemesis gravidarum, ulcus duodeni, spastične obstrukcije, krči sečnih poti, dysmenorrhoea

Originalni omoti:

Tablete

Cevčice z 10 in 20 komadi

Supozitorija

Skatljice s 5 in 10 komadi

Ampule Syntaverin-Atropin

Skatljice s 3 in 10 komadi

E. MERCK, Darmstadt

Zastopstvo za Jugoslavijo:

Dr. LEO NEUMANN
Zagreb, Mošinska 14

E. MERCK

CHINOFERRIN Domaći proizvod

Vinum chinae ferratum cum
et sine arseno

Pilulae CHINOFERRINI

cum arseno (00.1 pro dosi).

Preizkušeni domači preparati, cenejši od sličnih tu- in inozemskih proizvodov. Dobe se v vseh lekarnah. Gg. zdravnikom so vzorci brezplačno in franko na razpolago.

Proizvaja: **Mr. Mirko Kleščić**, Ijekarnik
SAMOBOR kraj Zagreba

OBLIŽI vseh vrst za bolniške svrhe in zdravniško prakso pod nazivom Bonnoplast in Vulnoplast proizvodi:
VULNOPLAST LAKEMEIER D. D., BONN n/R.

Tridesetletna izkušnja tovarne jamči za prvorazredno kvaliteto.

Vkljub najboljšem v fabrikatu cene zmerne. Vzorci na razpolago.

Glavno skladišče za Jugoslavijo: „SPHINX“ Ph. Mr. Josip Bemski - Zagreb, Ilica br. 17.

VSEBINA:

	Stran
Dr. A. Košir :	Pljučni tumorji pri katranskih miškah (7 slik) . . . 525
Dr. H. Freund :	Razvoj govora i njegove smetnje 535
Dr. Lj. Merčun :	Klinična elektrokardijografija — nadaljevanje (6 slik) 541
Dr. H. Heferle :	Nekaj statistike o tonzilekt. v l. 1928-32 na intern. oddelku Obče drž. bolnice v Ljubljani — nadaljevanje 549
Dr. J. Demšar :	Pityriasis lichenoides et variolifor. acuta (2 slike) 555
Dr. L. Klinc :	O žolčnem barvilu in genezi zlatence 557
Iz Evgenike :	
Dr. B. Škerlj :	Ali ima alkohol upliv na razmerje spolov otrok? 560
	Mala poročila 565
Iz zdravn. društev :	Zapisnik rednega obč. zbora Slov. zdravn. društva 568
	Sestanek Jugoslov. društva za operativne stroke sekcija Ljubljana 371
Nove knjige	573
Iz med. časopisov :	Iz poljske literature 575
	Periodica 577
	Jugoslavica 580
	Therapeutica 580
Drobne novice	581
Iz Uredništva	582
Kot priloga slika Nj. V. blagopok. Viteškega kralja Aleksandra I. Zedinitelja.	

GOSPOD TOVARIŠ,

tvrdke, ki oglašujejo v Zdravn. Vestniku, so v vsakem oziru posebno priporočljive, zato krijte svojo potrebo pri teh tvrdkah. Vedno pa, če 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.

MALI OGLASI

Kupim kompletni mikroskop z imerzijo!
Ponudbe z navedbo cene na upravo Zdravniškega Vestnika

KUPIM KOMPLETNO SECIRNO ORODJE I

PONUDBE Z NAVEDBO CENE NA UPRAVO Z. V.

SANABO - CHINOIN

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

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

HOGIVAL

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

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

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

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

Vzorci in literatura na zahtevo.

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

SUVERENI ANTISPAZMODIKUM

SURPARIN

„KAŠTEL“

PROTI VSEM SPAZMOM

GLADKIH MIŠIC

(ulcus ventriculi et duodeni, cholelithiasis nephrolithiasis, dysmenorrhoea, asma, cystitis itd.)

ŠKATLJICE s 6 ampulami — CEVCICE z 20 tabletami

KAŠTEL, tvornica kemijsko-farmaceutskih proizvodov d. d. **ZAGREB**

JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.

oddelek za šibki tok

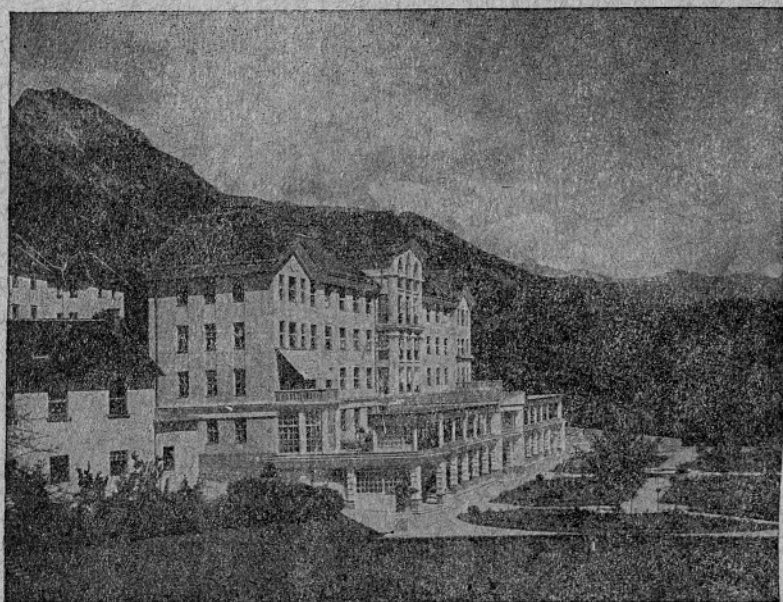
LJUBLJANA, Tyrševa cesta Ia/III - Palača Ljublj. kred. banke

Tuto-Ventilheliodor z učinkom 1 0 mA pri 100 kV za röntgendiagnostiko kakor tudi za težke posnetke gibajočih se organov, kratki časi obsvetljana pri veliki obtežbi cevi, tudi za površinsko terapijo prikladen. Aparat za mejne žarke po dr. Bucky-ju z velikim učinkom 25 mA pri 10 kV ali 20 mA pri 12 kV, popolnoma zaščiten proti visoki napetosti. Elcniir-Thermofleuy po dr. Keyss-ju, učinek 1000 wattov pri 30 ohmih

ZAHTEVAJTE PROSPEKTE ODN. OSEBNI OBISK SPECIJALISTA

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

3 oskrbni razredi

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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