

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA
IN MEMORIAM PROF. DR. A. ŠERKO

KEMIKA D. D. — ZAGREB

priporoča svoje preizkušane domače preparate:

STOLEOSAN

Standardizirana emulzija najfinejšega ribjega olja z dodatkom kalcija in fosforja s trajnim vsebovanjem A in D vitamina. 1 ccm vsebuje 1000 edinic A in 500 D vitamina. Deluje sigurno in ne izzove nikakih sporednih pojavov. Originalna steklenica s 175 g.

Doza: 1—3 kavine žlice dnevno.

Stoleosan omogoča zanesljivo zdravljenje z vitamini in ribjim oljem ter radi odličnega delovanja in nizke cene zasluži pažnjo gg. zdravnikov.

NOVOCALCIUM TABL.

Kalcijeva sol gvajakolfosforove kisline. Bogata vsebina gvajakola, kalcija in fosforja mu omogoča zanesljivo delovanje pri tuberkulozi bronhitidi itd. Cevčica z 20 tabletami.

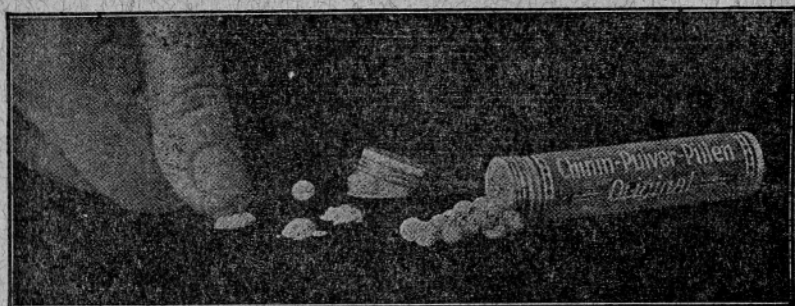
Doziranje: 3—4 krat 1—3 tabl. dnevno.

ACITOPHOSAN

Spoj ekvimolekul. delov phenylchinolinkarbonske in acetilsalicilne kisline (tablete in prah). Združuje in potencira delovanje obeh svojih komponent ter je suvereno, hitro delujoče in zanesljivo sredstvo pri vseh revmatičnih in drugih infekciozno-vnetljivih boleznih. Razen tega deluje analgetično. Specifično sredstvo proti gripi.

Predpisujte dobre domače preparate!

ZA PROFILAKSO IN TERAPIJO
HRIPE INFLUENCE PREHLADA
staro preizkušeno sredstvo **KININ** v učinkoviti obliki



„AFLUKIN“

CHININ-PULVERPILLEN „ORIGINAL“

uporaba: ugodna

rezorbcija: sigurna

učinek: popoln

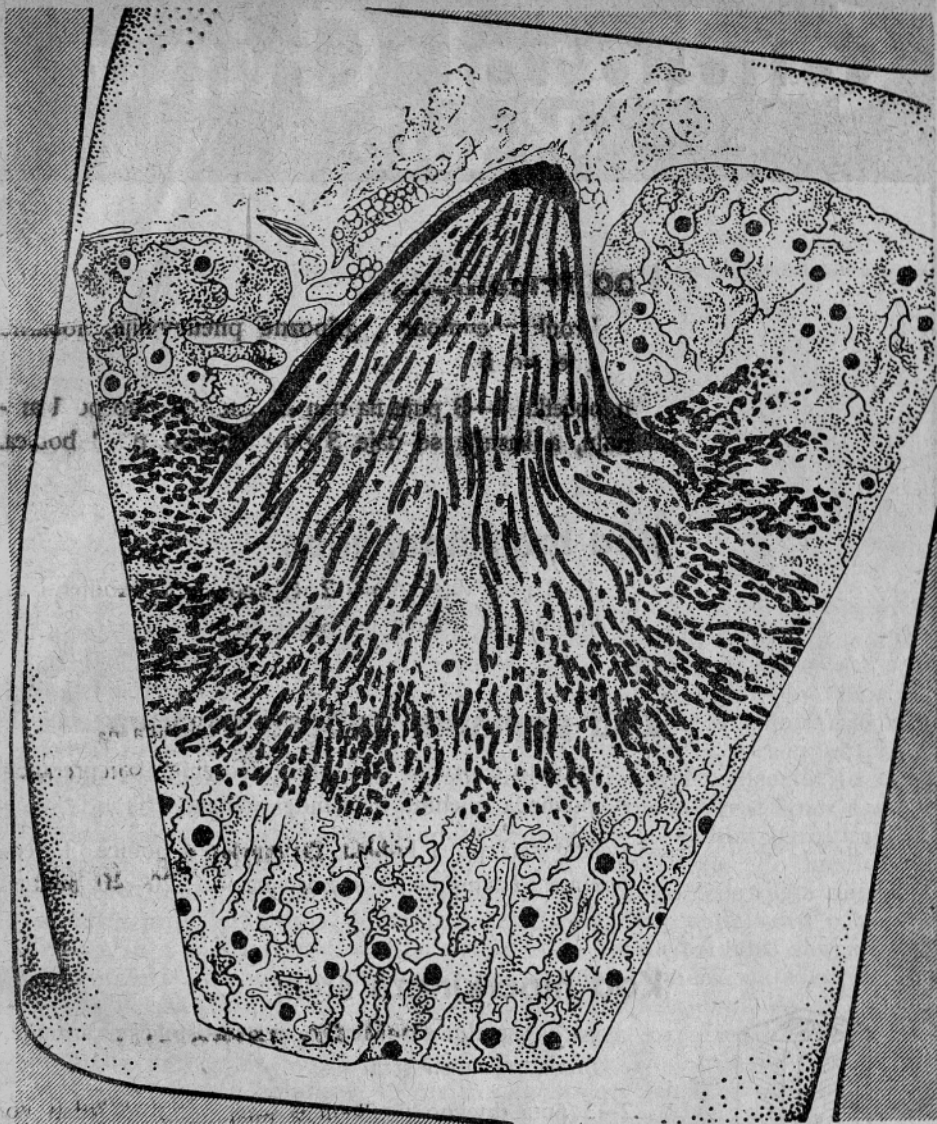
Amsterdamsche Chininefabriek
HOLLAND (Nizozemska)

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

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. Letna in
zimski sezona. Glavna sezona: maj
— oktober. — Gospodje zdravniki!
Zahtevajte prospekte in vzorce vode
pri direkciji zdravilišča
ROGAŠKA SLATINA!



NEOTROPIN

Originalni
zavitki z
20 in 50 dražeti
po 0,1 g

*peroralni dezinficirni odvodnik
sečnih poti in žolčnih poti pri*
CISTITIS, PYELITIS in PYELONEPHRITIS

SCHERING A.G. BERLIN

Cardiazol-Chinin «Knoll»

Kod pneumonije,

bronhopneumonije, gripozne pneumonije, lobarne pneumonije

u početku 1—3 puta na dan intramuskularno po 1 ampulu, a kasnije se daje 3 puta dnevno po 1 bobica.

Kod bronhitisa, gripe

2—3 puta dnevno po 2—3 bobice; a također i za profilaksu. Prema potrebi 1 ampulu.

Kod primarne slabosti trudova,

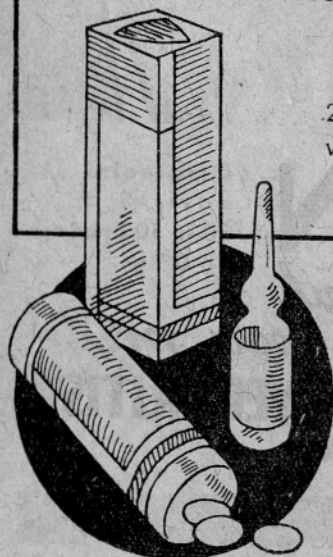
osobito u prvom razdoblju (otvorenje), kod preranog puknuća mjehura, febrilnog pometa

svakog sata po 1 bobicu, do najviše 4 bobice. Parenteralno: 3 ampule u razmacima od 20—40 minuta.

Kod hiperkineza srca,

paroksimalne tahikardije, ekstrasistolčke aritmije, prenadraženosti srca

2—3 puta dnevno po 2—3 bobice, odnosno jedan do više puta dnevno po 1 ampulu.



Cardiazol-Chinin-Bohnen Knoll«. Orig. pakovanje sa 20 bobica. Jedna bobica sadržaje 0,05 g Cardiazola + 0,1 g Chinin. hydrochloric.

Cardiazol-Chinin-Ampullen Knoll« po 1,1 cm. Orig. pakovanje sa 5 ampula.

1 cm sadržaje 0,1 g Cardiazola + 0,25 g Chinin. lact.

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

KNOLL A.-G.

Kemičke tvornice, LUDWIGSHAFEN am Rhein.

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

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

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

ŠTEVILKA 1

JANUAR

LETO X.

† PROF. DR. ŠERKO

14. januarja 1938 je umrl univ. prof. dr. Šerko. Njegova smrt ni zasekala široke vrzeli samo v vrste slovenskih zdravnikov, vrzel je nastala v vrstah vseh kulturnih delavcev slovenskega naroda. Umrl je človek, učenjak in mož tako genialnega in kremenitega značaja, kakor jih je dala slovenska zemlja malo.

Prof. Šerko se je rodil 16. julija 1879 v Cerknici, kjer je končal tudi ljudsko šolo. Humanistično gimnazijo je obiskoval v Ljubljani in po maturi leta 1897. je odšel na Dunaj, kjer se je vpisal najprej na filozofsko fakulteto. Poslušal je predavanja iz logike, psihologije, spoznavne teorije in zgodovine filozofije, takrat pa se je zanimal tudi že za psihiatrijo in obiskoval predavanja slovitega psihiatra Krafft Ebinga in psihoanalitika Sigmunda Freuda. Leta 1904. je promoviral za dr. phil. z disertacijo «Ueber den Begriff des Wesens bei Spinoza». Takoj je nadaljeval študije na medicinski fakulteti in je že kot študent praktical na psihiatrični kliniki pod vodstvom tedanjega asistenta prof. Ervina Stranskega. Po medicinskem doktoratu leta 1909. je odšel v München na kliniko tedanjega največjega psihiatra prof. Kräpelina. Šerko je začel sistematično obdelavati paranoidne psihoze in z marljivim, globokim delom si je kmalu pridobil zaupanje svojega učitelja, da mu je prepustil ves ogromni klinični material za znanstveno preiskovanje. Šerko je namreč ponovno zatrjeval, da je treba od shicofrenij oddeliti posebno paranoidno psihozo, parafrenijo, čemur pa je Kräpelin ugovarjal. Šerko pa ni nehal z delom. Dopolnjeval je bolezenske popise parafrenih bolnikov, se vozil iz blaznice v blaznico po vsej Bavarski in ostali Nemčiji ter zasledoval potek bolezni posameznih bolnikov, ki so bili premeščeni iz kraja v kraj. Ustvaril je tako ogromno zbirko samih parafrenih primerov, ki obsegajo več tisoč na stroj tipkanih strani, katere je v veliki večini spisal sam. Ko je Kräpelinu to delo predložil, mu je ta končno pritrdil in prevzel v psihiatrično diagnostiko izraz parafrenija. Šerko je o tem delu izdal leta 1912. razpravo «Ueber paranoide Erkrankungen». V Münchenu je Šerko tudi prvi preizkusil na sebi delovanje meskalina, o čemer je kasneje predaval v zdravniškem društvu ter objavil leta 1913. tudi razpravo «Im Meskalinrausch».

Iz Münchena je odšel Šerko na Dunaj k Wagner v. Jaureggu, kjer je bil že po nekaj mesecih imenovan za kliničnega asistenta in prevzel vodstvo nevrološkega oddelka. Raziskoval je tumorje hrbtne mozga in napisal leta 1915. razpravo «Einiges zur Diagnostik der Rückenmarksgeschwülste». Leto dni pozneje se je preselil v Trst in odprl privatno prakso kot

nevrolog-psihiater. Postal je tudi sodni izvedenec za psihiatrijo in nevrologijo pri deželnem sodišču. Prva leta svetovne vojne je prebil na raznih frontah, zadnja leta pa je vodil vojaški opazovalni oddelek v Grazu, kjer si je pridobil veliko prakso o presojanju simulacije. Izkustva, ki si jih je pridobil v tem času, je objavil v razpravi «Ueber Simulation der Geistesstörung» leta 1919. Poleg že omenjenih razprav je izdal še dve obširnejši razpravi: «Involutionssparaphrenien» in «Akute paraphrene Angstpsychöse».

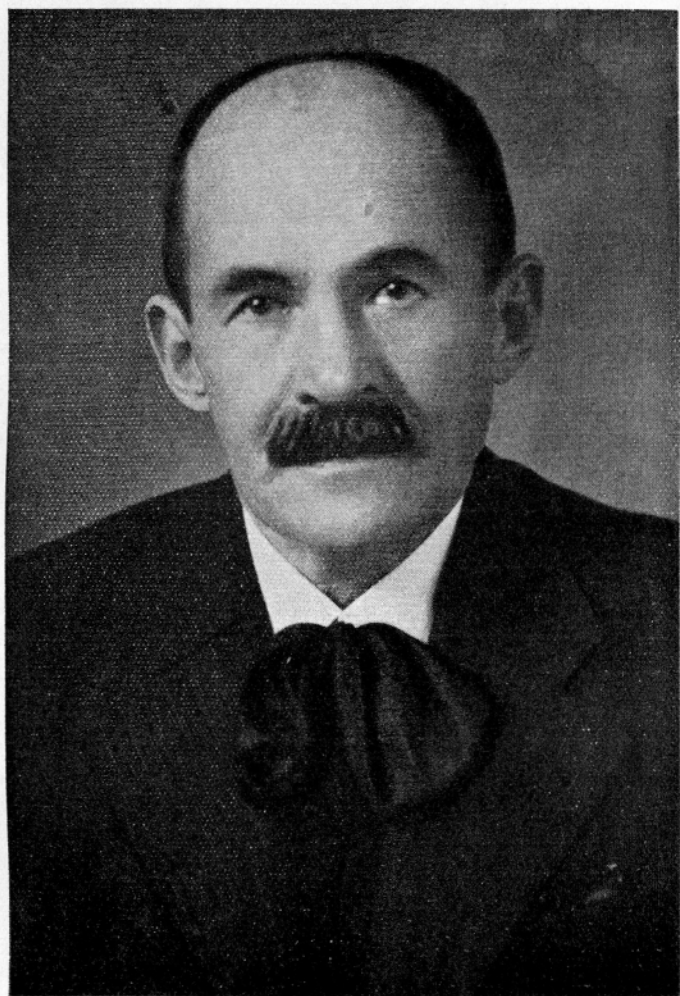
Ob prevratu se je prijavil za habilitacijo na dunajski univerzi, ki pa v tistih letih Slovenec ni bila več naklonjena. Zato je odšel v Prago in se z razpravo o tumorjih hrbtnega mozga habilitiral za privatnega docenta nevrologije in psihiatrije. Do jeseni leta 1919. je služboval kot nevrolog v ljubljanski garnizijski bolnišnici, obenem pa že sodeloval pri ustanovitvi slovenske univerze, na kateri je bil takoj imenovan za rednega profesorja medicinske fakultete. Nekaj časa pa je bil tudi član Vrhovnega sanitetnega sveta v Belgradu. Zavedal se je, kako težka bo borba za obstoj te najmlajše fakultete v naši državi in ni popustil v delu. Napisal je svojim učencem knjige o anatomiji in fiziologiji živčevja, da bi jim olajšal študij. Pri rigoroznih izpitih je bil pravičen in strog, ker ni maral slišati očitkov, da prihajajo na klinike slovenski medicinci nepripravljeni. Leta in leta je bil dekan in dve leti je kot rektor vodil našo Almo mater. Neprestano se je boril za obstoj medicinske fakultete in za razvoj slovenske univerze. Ni je bilo akcije, v kateri se ne bi imenovalo njegovo ime. Kljub ogromnemu administrativnemu delu je prevzel leta 1928. še mesto honorarnega šefa oddelkov v bolnišnici za duševne bolezni v Ljubljani ter začel ponovno s praktično psihiatrijo. Živo je zasledoval moderno zdravljenje z insulinom in kardiocolom. Pripravljal je delo za bodočo kliniko. Njegova zasluga je bila, da so se pričela predavanja iz interne in kirurške propedeutike v ljubljanski bolnišnici, sam pa je predaval v umobolnici psihiatrično propedeutiko. Prav v zadnjih dneh je podvzel ponovno akcijo za ustanovitev klinik in pričakovati je bilo skorajšnjega uspeha. Vse to ga pa ni oviralo, da ne bi pisal kulturno-polemičnih kritik in esejev. Znana je njegova kritična razprava o Freudovi psihoanalizi (1934), katero je kot preveč spekulativno in znanstveno premalo utemeljeno metodo zavračal. Ne samo v naši ožji domovini, tudi v Avstriji in Nemčiji je bil poznan Šerko kot znanstvenik-medicinec in herpetolog ter bil redni dopisni član inozemskih znanstvenih revij.

Kot zdravnika iz umobolnice so poznali pokojnega profesorja v najoddaljenejših vaseh Slovenije. Med bolniki je bil priljubljen kakor malokdo. V bolnišnico je uvedel proste izhode za bolnike, jim s tem omilil občutek internacije in vrnil zavest svobodnega človeka. Za vsakega bolnika je našel pravo besedo in se skušal vživeti v njegovo psiho. Z veseljem so pričakovali njegovih vizit, ko pa so zvedeli za smrt svojega prijatelja, je zavladala po vseh oddelkih globoka žalost.

Prezgodaj mu je pretrgala smrt njegovo delo. Za tisk je imel pripravljeno forenzično psihopatologijo za juriste, katerim je zadnja leta, kakor tudi filozofom, predaval v umobolnici z demonstracijami posameznih primerov. V rokopisu je deloma izdelal razpravo o Adlerjevi individualni psihologiji ter imel pripravljenih nešteto člankov za znanstvene revije. Imel je v načrtu, da bi izdal slovensko izdajo splošne fiziologije, pa je prej legel za večno.

Živ bo ostal spomin vsakomur, kdor je poznal njegovo globoko, odkritosrčno dušo, Šerko sam pa si je s svojim delom postavil trajen spomenik v kulturni zgodovini našega naroda.

Dr. Miroslav Hribar.



† Prof. dr. Alfred Šerko

IN MEMORIAM!

Na nekaj straneh ni mogoče podati Šerkovega širokega in silno pestrega življenja. Življenje velikih ljudi je vedno zagrnjeno v nekaj, česar ni mogoče nikoli popolnoma doumeti, vsaj v njega zadnjih skrivnostih ne. Tako so smatrali nekateri Šerka za čudaka, dasi to nikoli ni bil. Človek, ki je poln tistega doživljanja, ki sega onkraj povprečnega razuma in čustvovanja, se bo zdel okolici vedno nekoliko čudaški, saj se njegov duh tolikokrat zamakne v pokrajine drugim neslutene resnice in lepote, da se tedaj ne zmeni za pravila vsakdanje filistrske družbe in gre mimo vsakdanjih formuliranih zahtev in mimo praznih dejanj. Ako je tak človek obenem neizprosen sovražnik laži in narejenosti in le-te neizprosno razkrinkuje, se ga bo družba zballa in skušala delo takega človeka onemogočiti, ali vsaj osmešiti, čeprav se skrivaj trese pred njim. Nekateri so ga smatrali za grobega, dasi je bil grob le do tistih, ki so to zaslužili — toda tisti, ki smo bili stalno blizu njega, smo videli, kako zlato srce se skriva pod trdo skorjo. Pripusti ljudje — bolniški strežniki, strežnice, bolniki sami so se naslanjali nanj kot na velikega prijatelja in dobro sem videl, kako je bilo tem ljudem ob njegovi smrti težko. Prav tako je bilo težko vsej dolgi vrsti njegovih učencev z našega vseučilišča.

Zapisal sem, da je bilo njegovo življenje podobno velikemu življenju pisatelja Axela Muntheja, ki preživlja svojo zadnjo dobo življenja, umaknjen od ljudi na visoki skali v San Michele. Oba sta bila mlada v tistih dneh, ko je pognala psihiatrija kot velikansko drevo iz skupne njive medicine, v tistih dneh, ko so Dostojevski, Strindberg, Ibsen že odkrili ogromne prepade človeških duš in se je psihiatrija zavedala, da mora iz spekulacij na popolnoma nova pota, če se hoče približati resnici. Vrsta znamenitih ljudi je tedaj delala na veličastni novi zgradbi, med njimi tudi Šerkova učiteljica Kraft Ebbing in Kraepelin in učitelj Axela Muntheja na pariški Salpêtrière Charcot. Munthe in Šerko sta se zatekla na novo polje, da bi pomagala orati nove brazde. Munthe — pretežno umetniška narava — je pobegnil — vendar je znal kot pisatelj odkrivati najtanjše črte človeške duše — Šerko v pretežni meri znanstvena duša, se je grizel naprej v znanost in v njej izoral ne samo eno brazdo. Prvi med znanstveniki se je zamaknil v čudoviti svet alkaloida meskalina, ki ne obeta biti v bodočnosti samo važen pripomoček v eksperimentalni psihologiji, ampak mimo katerega ne bo mogla tudi čista filozofija; saj odkriva ta alkaloid svet veličastnejši od sanj in svet, ki ga je mogoče istočasno, ko ga gledamo, kontrolirati z razumom, kar pri sanjah ni bilo mogoče. Obenem je ta alkaloid edino sredstvo, da se z njegovo pomočjo uživimo in doumemo, ali se vsaj približamo najbolj razširjeni duševni bolezni, shicofreniji, ki jo sicer lahko samo opazujemo, ne moremo se pa v njo vživeti, niti je razumeti. Da je napravil meskalinov poskus kot prvi na sebi, je bilo treba poguma in pogum je bila lastnost, ki je spremljala Šerka vse življenje — od poskusa z meskalinom, od dvobojev, ki jih je izvršil kot student, do tistih dni, ko se je kot odrasel mož vedno in vedno potegoval z vso energijo za naše vseučilišče, zlasti za medicinsko fakulteto, in za samobitnost naše kulture. Kakor Axel Munthe tako tudi Šerko ni bil samo odkritelj skrivnosti duše, ampak je tudi ljubil naravo z nepopisno ljubeznijo. Bil je kralj kač, ki se jih ni bal in se one niso bale njega; ni jih zasledoval zaradi senzacije, ampak iz ljubezni do opazovanja njihovega življenja, katerega je poznal bolje kot

nikdo drugi. Poln nevolje je bil do tistih, ki so jih ubijali. Poznal pa je tudi drugo naravo dobro kot malokdo — poznal je fiziologijo, fiziko, kemijo, anatomijo — poznal je tudi polja, gozdove, studence in reke naše domovine, ki jo je križem prehodil. Lansko leto je napravil svoj zadnji pešizlet od Kamnika čez Pohorje v Maribor. Zdelo se mi je, kot da hoče v zadnjem poglavju svojega življenja še enkrat popolnoma doživeti vso lepoto in vso ljubezen naše zemlje. Kadar se je vračal s svojih dolgih pešpoti, je bil srečen, kot da se je vrnil z lepega, lepega romanja. V sebi je skrival, toda tudi zakrival veliko ljubezen do sočloveka, katere pa ni maral kazati drugim in jo je raje maskiral. Vendar se je včasih razodela ob kozarcih vina in tedaj se mi je zazdelo, da sije iz njegovih oči nekaj takega, kar je sijalo Cankarju, Prešernu in mnogim našim ljudem, ki so doumeli ne samo lepoto in zlo domovine, ampak tudi njeno bolečino. Ali ni morda bilo to tisto, kar ga je tolikokrat gnalo v družbo umetnikov in v družbo pevcev Akademskega zbora? Enak med enakimi je bil takrat, ko smo šli prepevat po naših mestih in ves vzradoščen, ko je videl triumfalno zmago naše pesmi. Zaradi tega je tudi s polno dušo mrzil tiste, ki so hoteli našo pesem, našo bolečino in naše veselje in našo svobodo zatajiti in ni skrival te svoje mržnje. Marsikdaj je upiral oči v bodoče zgradbe, nove templje naše kulture in tedaj so bile njegove oči polne živega ognja — žal, da mu je smrt iztrgala iz rok kladivo, s katerim je sam nameraval pomagati zidati ta svetišča.

Zato ni čudno, da so se na njegovo poslednjo pot zgrnile tolike množice, ki so korakale za njegovo krsto s povešeno glavo in z bolečino v srcu.

† prof. dr. A. ŠERKO

Dr. A. ADLER

INDIVIDUALNA PSIHOLOGIJA*

(Fragment.)

Individualna psihologija je izšla iz psihoanalize, iz proučavanja psiho-nevroz. V želji doumeti strukturo nevrotičnega obolenja, si je psihoanaliza ustvarila lastno psihološko gledanje in lastno globočinsko psihologijo z lastno metodo, ki jo je dovedla do spoznanja, da je glavna gonilna sila vsega človeškega udejstvovanja seksualni nagon, — neizživete, v podzavest odrinjene seksualne želje in težnje pa vzrok in povod vseh psihonevroz.

Tudi individualna psihologija skuša dojeti na isti način in v bistvu z isto metodo človeško duševnost, pride pa pri tem do povsem drugačnih izsledkov.

Kakor psihoanaliza tako hoče tudi individualna psihologija biti psihologija individua-poedinca. Ona ne proučuje človeške duševnosti v obče, abstraktno, ne analizira njene strukture, ne diferencira n. pr. predstav od čustev neglede na individuum, ki te predstave in čustva doživlja, ampak skuša dojeti konkretnega človeka kot svojevrstno individualnost, doumeti n. pr. zakaj se ta konkretni individuum baš tako in ne drugače izživlja, prodreti v motive njegovega udejstvovanja, ga razumeti v njegovem strem-ljenju, v njegovih akcijah in reakcijah, skratka: njen predmet niso duševni pojavi kot taki, ne predstave in misli v splošnem, ne čustva in emocije v njihovem odnosu do predstav in misli, ampak duševnost individua poedinca, njena naloga pa razumevanje doživljanja in izživljanja tega individua poedinca.

* Odlomek iz znanstveno-literarne zapuščine pokojnika.

Kakor psihoanalitik, tako tudi individualni psiholog noče biti znanstvenik v smislu teoretičnega psihologa, ki proučuje psihične elemente in njih medsebojna razmerja ter zakonitosti, marveč poznavalec ljudi kot konkretnih individualnosti, ki proučuje človeška dejanja in nehanja in konkretno, črpajoč iz svojega opazovanja nova spoznanja, ki tvorijo ravno vsebino individualne psihologije kot posebne praktične znanosti. Individualna psihologija se približuje intuitivni psihologiji umetnika, ki tudi ne razpravlja o abstraktnih psiholoških vprašanjih, marveč nam prikazuje poedinega človeka v njegovem faktučnem mišljenju in čustvovanju, v njegovih bojih in dvomih, v njegovem značaju in iz tega značaja izviraajočih dejanjih.

Individualni psiholog proučuje dejanja človeka s praktičnega stališča, v želji doumeti motive, ki ga vodijo v njegovih akcijah in reakcijah, to se pravi razumeti njegova dejanja. Tudi individualni psiholog hoče biti predvsem poznavalec ljudi. Kakor umetnik se skuša tudi on vživeti v tujo duševnost in dojeti njene tajne, le s to razliko, da njegov namen ni umetniško podajanje tako dojete duševnosti, ampak spoznanje psiholoških zakonitosti v konkretnem življenju.

Zato se imenuje ta psihologija «individualna».

I.

Individualna psihologija motri človeka v njegovih dejanjih, predpostavljajoč, da ga vodijo pri tem določeni cilji.

Če skušam presoditi in doumeti kak dogodek, kako dejanje, kako akcijo ali reakcijo človeka, vedno se vprašam: kaj hoče ta človek s tem svojim dejanjem, kak cilj zasleduje, kam meri? Človeška duševnost ni mešanica predstav in misli, hotenj in afektov, kakor jih opisuje in opredeljuje deskriptivna psihologija, ampak mišljenje in hotenje v zasledovanju nekega cilja. Človek ne more ničesar misliti in hoteti, ne da bi mu lebdel neki cilj pred očmi. Duševnost človeka ni kavzalne, ampak teleološko-finalne strukture. Vsa kavzalnost bi ne zadostovala, da bi človek obvladal kaos bodočnosti, ako bi sam sebi ne stavil ciljev in smernic za svoje hotenje, čustvovanje in udejstvovanje. Sleherni duševni pojav, če naj nam omogoči razumevanje kake osebe, se mora pojmovati le kot predpriprava za doseg nekega cilja. Ta cilj pa zopet ni slučajen, odvisen od momentane psihične konstelacije in zunanje situacije, ampak leži na življenjski črti dotičnega individua, meri na neki končni cilj, na nek fiktivni finale, na realizacijo življenjskega cilja. Človek ne tava slepo od cilja do cilja, ampak sledi neki črti, stremeč nekemu končnemu cilju naproti.

In faktučno ima vsak človek svojo življenjsko linijo, svoj fiktiven končni cilj, svoj življenjski ideal. Vse, kar počne, za čim stremi, kako misli in čustvuje, vse meri na neki končni cilj in sledi oni črti, ki vodi do tega cilja. Brez takega končnega cilja in brez take tako ostro začrtane linije bi bilo človeško življenje tavanje v temi, podvrženo slepi kavzalnosti, brez vsake individualne značilnosti, brez osebnostnega značaja. Vsak poedinec gre pot, ki si jo je začrtal, zavestno ali podzavestno in ki mu obeta pripeljati ga tja, kamor želi, da doseže ono, kar mu lebdi pred očmi kot cilj in smoter življenja.

Če poznam življenjsko linijo kake osebe, vem približno, kaj bo prišlo, kako se bo dotična oseba v dani situaciji zadržala, kaj storila, kaj opustila. Razumel bom njene akcije in reakcije in doumel smisel njenega početja.

Če poznam življensko linijo, življenski načrt kake osebe, smem od vseh psihičnih kretenj te osebe pričakovati, da so v skladu z njenim življenskim načrtom in obratno: ako sem prav doumel poedine psihične kretanje, sklepam lahko iz njih na vsebino življenskega načrta, na smer življenske linije. Vse psihične sile vsakega individua so neglede na podedovano konstitucijo, milije in osebna doživetja pod vplivom neke vodilne ideje in vse izražanje, čustvovanje, mišljenje, hotenje, udejstvovanje, sanjanje in vse psihopatološke fenomene prepleta enoten življenski načrt. Na tem dejstvu temelji enotnost osebnosti.

Nekdo toži, n. pr. da ima slab spomin, da vse sproti pozabi. Šolska psihologija bi v takem primeru dejala, da ima ta človek defektno zapomnivost, kar je, mimogrede rečeno, prazna tautologija. Individualna psihologija postopa čisto drugače. Ona vpraša, kam meri ta slab spomin, kaj hoče ta človek s tem fenomenom doseči, kak cilj zasleduje. Vsak duševni pojav fiziološki kakor patološki (seveda ako ta slednji ni izraz organskega obolenja živčevja odnosno prirojene duševne defektnosti) ima svojo funkcijo, ki postane šele z ozirom na življensko linijo, na fiktivni končni cilj dotične osebe razumljiva. Življenska linija, ki si jo je človek začrtal, je ono, kar odločuje v življenju, na čemer temelji svojevrstnost vsake individualnosti ne glede na to, ali gre za zdravo ali nevrotično osebo. Razlika med zdravim in nevrotičnim individuom je samo v tem, da se nevrotik udejstvuje vedno na nekoristni strani življenja.

II.

Človek je po svoji naravi socialno bitje, zmožno življenja samo v societeti. Le v skupnosti je mogel vzdržati v neizprosнем boju za obstanek, razviti kulturo in si ž njo podvreči naravo. Le v skupnosti mu je garantiran nadaljni obstoj. Le kot socialno bitje je človek razvil dar govora in se povspel intelektualno nad vsa druga bitja. Vse človeško čustvovanje, hotenje in udejstvovanje, znanost in umetnost, vse kulturno stremljenje vse ima smisel samo z ozirom na societeto. Šola, tovarištvo, ljubezen, zakon, politična usmerjenost, umetnostno in znanstveno udejstvovanje, vse to so socialne naloge in samo v societeti mogoče. Nobena stvar ni čisto privatna zadeva poedinca, niti osebni razum. Nekaj razumeti se pravi namreč nekaj tako pojmovati, kakor se pričakuje, da bo pojmoval vsak član skupnosti. Izvan societet ni življenja človeku. Radi tega je vse njegovo vrednotenje vrednotenje z ozirom na skupnost in samo z ozirom na njo. Dobro je samo ono, kar je za splošnost koristno in le z ozirom na splošnost vrednoti človek tudi lepoto. V vsem svojem početju išče poedinec priključka na skupnost, vse ono, kar odlikuje človeka pred ostalimi živimi bitji, se je razvilo in moglo razviti samo v socialnem sožitju. Zato je socialno čustvovanje pogoj vsega napredka človeštva. Idealni cilj vsega razvoja človeštva je pa njegova socialna in kulturna enotnost. Nihče se ne more brez usodnih posledic odreči sodelovanju v doseg tega idealnega cilja. Prospeh vsakega poedinca je odvisen od tega, kako izpolni svojo socialno dolžnost. Vse, kar človek stori, je v določenem razmerju do societete in v kakovosti tega razmerja je notranja vrednost vsakega dejanja. Kdor se ne more živeti v skupnosti, ne čustvovati socialno, ne podrediti svoje individualnosti skupnim interesom, je suha veja na drevesu človeštva. Ne gre, da bi se poedinec samo okoriščal s kulturnimi dobrinami občestva, ne da bi nosil bremena, ki ga kultura nalaga vsakemu poedincu. To, kar imenujemo interes za skupnost, je le ena stran zraslosti s skupnostjo in kar imenujemo pogum, je le izraz

pripravljenosti žrtvovati se skupnemu interesu. Kar ne meri na skupnost, je brez vsake veljave, izven skupnosti ni ne dobrih ne slabih lastnosti, ne osebne veličine in ne zaslug. Le aktivni optimisti so imeli v svetovni zgodovini besedo, so in bodo ostali nositelji napredka, vsi drugi, ki se niso umeli uživati v občestvo, ne mogli čustvovati socialno in podrediti osebni interesu interesu skupnosti, so bili povsod in vedno pasivna ovira napredka človeštvu.

Biti človek se pravi biti koristen član societete. Kdor tega ne uvidi, je v zmoti. Da jih je bilo in jih je še vedno toliko v zmoti, nas ne sme začuditi: človeštvo je šele v razvoju. Vsak pa, ki ve, da je sreča vsakega poedinca mogoča le v sreči vseh, bo vztrajal na koristni strani življenja.

Komur se priključitev na skupnost slabo ali sploh ne posreči, mora stati na strani in nositi posledice sam. Ni življenja izven societete. Kdor stoji izven, mora podleči. Miliijone in mirijade jih je podleglo in jih še bo. V dobah pojemajočega skupnostnega čustvovanja so še vedno katastrofe zajele človeštvo in ga pahnilo v barbarstvo. Izgleda, da preživlja človeštvo baš v naših dneh tako krizo.

Vsakega poedinca vpelje v societeto v normalnih razmerah njegova mati. V svoji materi najde ali bi vsaj moral najti vsak človek prvega sočloveka, na katerega se socialno naveže. Ena od najvažnejših nalog vsake matere je vzbuditi v otroku skupnostno čustvovanje in nesrečen otrok, katerega materi se to ni posrečilo. Nikdar se ne bo prav zavedel, da eksistirajo soljudje, poznal bo vedno le samega sebe in svojo korist. Kdor ni bil deležen materine ljubezni, ne bo znal nikoli ljubiti, bo slab član societete. Zaradi tega toliko asocijalnih ljudi med nezakonskimi, nezaželjenimi, pri tujih ljudeh vzgojenimi, pohabljenimi, od nikogar ljubljenimi otroci. Kdor v materi ni začutil sočloveka in zasočustvoval ž njim, ga bo iskal vse življenje zama. Ostal bo tujec v občestvu, brez smisla za skupnost in skupnostni interes. Hodil bo po nekoristni strani življenja, ostal suha veja na drevesu človeštva. Druga, nič manj važna naloga vsake matere je usmeriti interes svojega otroka od svoje osebe na druge ljudi, na očeta, brate in sestre, na bližnje sorodstvo in s tem posredno na vse ljudi sploh. Ta naloga se posreči seveda le pri primerni vzgoji, ki jo more dati le mati, ki ne razvaja otroka, priklepajoč ga nase, da ne najde priključka na ostalo societeto. Od pravega razmerja do matere je odvisen odnos, ki ga bo otrok zavzel v poznejšem življenju do občestva. Optimizem, aktivnost, pogum, sočlovečnost so odvisni od pravočasne in pravilne socialne vzgoje otroka, ki jo more dati seveda le socialno čuteča mati, ki naj bo posredovalka med individualnim in socialnim življenjem. Egoistična mati, ki hoče imeti otroka samo zase, in ga v tem namenu razvaja, ne bo nikoli pravilno rešila svoje življenske naloge. Njen otrok ne bo stal pozneje na koristni strani življenja, sledil bo napačni življenski ravni, izobčen od sodelovanja na skupnem napredku.

III.

Človek stopi v življenje kot slabotno, v vsakem oziru od svoje okolice odvisno bitje, ki bi samo sebi prepuščeno zapadlo poginu. V tem fatalnem dejstvu je vzrok, da ima vsak otrok ves čas svojega razvoja občutek manjvrednosti v svojem razmerju do svojih staršev, bratov in sester in ostalega sveta. Vsled nedozorelosti njegovih organov, vsled nesigurnosti in nesamostojnosti in vsled potrebe po zaslombi in opori ter vsled pogosto bolešno občutene nuje podvreči se volji drugih, mu vzraste občutek osebne insuficience, ki se izraža v vsem njegovem početju in udejstvovanju. Ta obču-

tek povzročča v otrokovi duši neprestano neki nemir, neko težnjo po sproščenju, neko potrebo po merjenju njegovih moči, po uveljavljanju lastne osebnosti. Pod vplivom mučne zavesti lastne manjvrednosti razvije sleherni otrok v sebi hrepenenje po moči in neodvisnosti, po nadvladi nad svojo okolico. Vse njegovo početje je naperjeno na ta cilj. Na vse načine skuša priti v ospredje, uveljaviti svojo voljo, podvreči si vse in vsakogar. Neprestano dela načrte za bodočnost, sanja o poznejšem življenju: ko bo odrasel, bo neodvisen, nikomur podložen, sam svoj gospod, bogat in vpliven, čaščen in slavljen, prvi med prvimi, vsegamogočen, junak nad junaki. Sedanje uboštvo se bo spremenilo v bogastvo, sedanja odvisnost v gospodstvo, sedanja nevednost v vsevednost. Čim jačji je občutek manjvrednosti, v tem višje sfere gradi otrok svoje zračne gradove, tem silnejša je v njem težnja po uveljavljanju lastne moči in oblasti, tem odločnejša njegova volja doseči na ta ali na oni način svoj cilj: dvigniti se nad svojo okolico, podvreči si jo svoji volji, stati nad vsemi, prvi med prvimi. Tako izoblikuje vsak poedinec v svoji otroški dobi, navadno v starosti 4—5 let svoj fiktivni končni cilj in začrta smer svoji življenski poti. Naloga vzgoje je dati tej črti pravilno smer v okviru societete, na koristni strani življenja.

Vsak človek stremi po oblasti in moči, po nadvladi nad sočlani družbe, ker je bil vsak enkrat otrok in trpel za občutkom manjvrednosti. Za to hoče vsak preseči vse druge. Ta želja nadkriljuje vse in vsakogar, se javlja na najrazličnejše načine na vseh poljih človeškega udejstvovanja, v umetnosti in znanstveni rivaliteti, ravno tako, kakor v religiozni gorečnosti, v politični ambiciji nič manj, kakor v kopičenju gmotnih dobrih. Čemurkoli se človek posveti — in od njegove življenske črte je odvisno, čemur se posveti — vedno in povsod hoče biti prvi med prvimi: v pobožnosti in požrtvovalnosti ravno tako, kakor v javnem ugledu in splošni priljubljenosti. Človek hoče za vsako ceno prednjačiti, stati v ospredju, četudi mogoče samo s svojo ponižnostjo in skromnostjo. Želja po nadvladi je vseobča lastnost človeka. Ta skuša doseči svoj cilj s poštenostjo in človekoljubjem, drugi z brutalnim egoizmom, krutostjo in oblastnostjo, tretji z zvijačo, lažjo in svetohlinstvom, zopet drugi z odločnostjo in pogumom... vsem pa lebdi pred očmi daljni cilj: dvigniti se nad vse druge, preseči jih na ta ali oni način, v tej ali oni lastnosti, s temi ali drugimi sredstvi. Prednačenje je splošni končni cilj vsakega individua.

V tem so si vsi ljudje enaki, razlikujejo se samo po svoji življenski črti, to je v tem, v čemer hočejo prednačiti in v načinu, kako skušajo doseči svoj cilj. Vse udejstvovanje človeka, vse njegove misli, vse njegovo čustvovanje in hotenje, ves njegov značaj, vse je usmerjeno proti končnemu cilju, finalu, ki je seveda imaginarna, mikdar dosežena in nedosegljiva fikcija, ki pa vkljub temu določa smer vsega našega hotenja.

Ona nam daje sigurnost v življenju, usmerja vsa naša dejanja in sili našega duha predvidevati in se izpopolnjevati. Seveda ima tudi svoje senčne strani: pospešuje sovražne, agresivne tendence in odtujače realnemu življenju. Pogosto se odraža v omalovaževanju in zatiranju drugih, v nestrpnosti, zavisti in škodoželjnosti, skoposti, nezaupljivosti, bahavosti, svojeglavnosti, po drugi strani pa tudi v odločnosti, pogumu, požrtvovalnosti, darežljivosti, človekoljubju in dobrotljivosti. V ekstremnih primerih vodi do kvietizma, nevroze ali celo zločina. Zlasti v nevrozi išče teženje po nadvladi za vsako ceno z asocialnimi sredstvi v simbolični obliki svojega utešenja. Nevroza maskira agresivne tendence z nevrotičnimi simptomi, ona ni nič drugega ko svojevrstno sredstvo v boju za nadvlado.

PROTI REVMU

V SKLEPIH IN MIŠIČEVJU / IŠIASU
KRČEM / ZBADANJU / TRGANJU V
UDIH / BOLEČINAM V HRBTU IN
KRIŽU / PROTI TRGANJU V GLA-
VI / GLAVOBOLU / NABREK-
LOSTI IN OTRPELOSTI MIŠIČ
PROTI VNETJU OZEBLIN /
VNETJU PLJUČNE MRENE
PREHLADU / BRONHI-
ALNEMU KATARJU
IN SPLOH PROTI
VSEM BOLEZNIM
NA REVMATIČNI
PODLAGI

RHEUMATOL

RHEUMATOL

po receptu

DR. MED. A. DANIELI-DANEV

IN UGOTOVILI BOSTE
NEVERJETNE USPEHE.

Vzorci in literatura, brezplačno!

PHARMACEVTIKA

D. Z. O. Z.

LJUBLJANA

Steklenice
po 40 in 90 ccm

Sestavine:

Oleum Juniperi bacc. - Rosmarini
Melissae - Thymi - Camphorae
Eucalypti - Pini silv. - Olivarum

ROBOR

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

SKALIN

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

R E A L PILULE

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

CAMPHOSOL INJEKCIJE

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

CAMPHOSOL DRAŽE

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

CAMPHOSOL-CHININ INJEKCIJE

Camphosol 0.20 in Chinin 0.20 vodena raztopina v 2 ccm.

CAMPHOSOL-CHININ DRAŽE

Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

HIDROGEN TABLETE

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

KEMIJSKO-FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, SARAJEVSKA ULICA BROJ 84.

DEPRESIVNA ZAVRTOST IN KARDIACOL*

I.

E. J., 32 let stara, poročena, sprejeta v naš zavod dne 10. novembra 1936. 14 dni pred sprejemom bi bila morala nastopiti novo službo, s katero ni bila zadovoljna. Zastran tega je postala nerazpoložena, zaprta vase, si delala očitke, da je svoje premestitve sama kriva, v noči pred sprejemom pa ji je prišlo, da bi se vrgla skozi okno. Že v jeseni 1935 je bila nekaj dni slabe volje in je izrazila bojazen, da je podedovala duševno bolezen po svoji materi. Njena mati je namreč trpela na manično-depresivni blaznosti in je prebolela leta 1922. 9 mesecev trajajočo hudo depresijo, 8 mesecev pozneje pa 8 mesecev trajajoče mešano stanje. Leta 1924. je postala zopet za nekaj mesecev otožna, še nekaj mesecev za tem manična in je umrla v zavodu aprila 1926 od izčrpanosti.

Pri sprejemu je bolnica nemirna, sili odtod, razmetava posteljnino, dá pa se fiksirati in daje še dovolj urejene odgovore. Pravi, da se je kakor noč razgrnila preko nje, bala se je, si je delala očitke, da je svojo hčerkico ščegetala po spolovilu in da je sama zakrivila svojo premestitev. V svojem nerazpoloženju je začela onanirati, vsled česar je mislila, da je spolno blazna. Iz obupa se je poskusila obesiti in skočiti skozi okno. Bolnica priznava, da čuje glasove. Ti glasovi prihajajo od vsepovsod, govorijo o njej in njeni družini, večinoma šepetajo komaj razumljivo, včasih pa so tudi glasni. Očitajo ji tudi njen pregrešek nad hčerkico, ji namigavajo, da je sedaj v blaznici in podobno.

V prvih tednih po sprejemu je bolnica tiha in potrta, težko dostopna, ponoči brez spanja, nemirna. Gleda srepo predse in je kakor izgubljena. Januarja 1937 postane popolnoma nedostopna, se brani vseh ukrepov, noče na stranišče, nato pa ne v posteljo, se brani jesti in tudi perila noče menjati. Leži negibno v postelji, le sempatja vstane in gleda po sobi okrog, kakor da bi koga iskala. Če jo zdravnik nagovori, ga začudeno gleda, grabi po odeji in ne daje odgovora. V tem stuporoznem stanju je ostala do srede julija. Ves ta čas ni spregovorila niti besede. Zavoljo neprestane onanije smo jo morali včasih vtakniti v prisilni jopič. Med onaniranjem se je močno potila.

Dne 14. julija 1937 se odločimo za poskus s kardiacolom. Nekaj sekund po intravenozni injekciji 0.4 gr kardiacola dobi pacientka tipičen epileptičen napad, ki traja 1 minuto. Dne 16. in 19. julija injekcijo ponovimo v dozi 0.5 gr. Dne 21. julija rano zjutraj začne bolnica spontano govoriti, zahteva ročno delo in prosi, da bi smela na vrt. Pri dopoldanski preiskavi je popolnoma urejena, prijazna, ljubezniva, zgovorna in vsestransko orientirana. Kaže nujno potrebo, da bi se s kom razgovorila. Povedala pa je tole: nekaj mesecev pred sedanjim obolenjem je imela furunkle na desni roki, kar jo je pri delu zelo oviralo. Poleg tega je imela ravno takrat zelo veliko dela. Razmišljala je, kaj naj bi bil vzrok njenih tvorov, in prišla na misel, da je morda spolno bolna. K temu je prišla nato še premestitev. Bila je vsa iz sebe. Zgubila je veselje do življenja in si domišljala, da meša mlekarica nekaj med mleko, kar celo družino spolno razburja. Domnevala je, da pišejo časopisi o njej. Nekega dne pa je imela vizijo: videla je krasno raz-

* Izvirnik izšel v Psych.-neur. Wechsft. 2/38. Z dovoljenjem uredništva tega časopisa prevedel R. N.

svetljen grad na Gradu. Vsled tega je do včeraj mislila, da se nahaja v gradu kot politična ujetnica, ker je njen mož pisal političen članek kljub temu, da je bil poročen. Zdelo se ji je, da se sobolniki pogovarjajo z duhovi. Ona pa je v mislih vedno govorila s svojim fantom. V kopeli je večkrat slišala glasove duhov umrlih. Domišljala si je, da ne vozijo več niti cestna železnica, niti vlaki, da je v njeni postelji skrita elektrika in da se bo pripetila nesreča, ako bi se zganila. Ni hotela jesti, ker se je bala pokvariti si svoj slovenski želodec in postati Italijanka. Posebno se je branila gulaža, ker je mislila, da bi pojedla svojo ljubezen, če bi ga pokusila. Mislila je tudi, da je v jedi človeško meso. Ko je bila prvič preiskana, je videla skozi okno, kako lete po zraku brezštevilne pušice. Strežnice so se ji zdele angelsko lepe. V zdravnika je bila naravnost zaljubljena. Sploh se ji je zdel ves svet spremenjen, vsi ljudje pa duševno bolni. Na drevesu pred oknom je videla viseti mnogo mrličev. Če jo je zdravnik nagovoril, je mislila, da mu odgovarja, slišala je svoj lastni glas in se čudila, zakaj tako zelo tišče vanjo. Sedaj se ji zdi vse kakor v sanjah. — Bolnica je skoraj neizčrpna v svojem pripovedovanju. Živahno izraža svoje veselje nad ozdravljenjem in popolnoma uvideva, da je prestala težko duševno bolezen. Pristrčno se zahvaljuje zdravniku za njegov trud. Misli, da se je nad njo zgodil čudež.

Dne 23. julija 1937 je bila bolnica zdrava odpuščena iz zavoda. Dosedaj (novembra) je ostala popolnoma zdrava.

II.

Ana Z., 59 let stara žena posestnika, sprejeta dne 8. avgusta 1937. Po izpovedi njenega moža je bila vedno zdrava, vedra, živahna, družabna, dobra gospodinja in zelo pridna. Med prvo nosečnostjo leta 1933. je bila teden dni potrta, posedala je, bila tiha in otožna ter se ni brigala za delo. Druga nosečnost je potekala dobro. Po tretjem porodu, maja 1936, je postala bolnica jako živahna, zelo dobre volje, podjetna, hodila je pogosto v vinograd in pila proti svoji navadi precej vina. Junija 1937 pa se je razpoloženje nenadoma spremenilo. Bolnica je postala nemirna, slabe volje, ni hotela več gospodinjiti, poskusila se je utopiti, nato obesiti ter so jo v zadnjem trenutku rešili. Stanje se je začasno zboljšalo za nekaj tednov, zatem pa je nastopilo čim dalje hujše slabšanje. Bolnica je mislila na samomor, hotela je v vodo, slabo je spala, ni hotela jesti in ni našla nikjer miru; stokala je in kričala, da je zgubljena, da bo vsa družina propadla, pobegnila je od doma in so jo morali zvezati.

Pri sprejemu je bolnica pobita, se drži zgubančeno, ne briga se za svojo okolico, ne kaže potrebe se s kom porazgovoriti, sedi s prekrizanimi rokami pred zdravnikom, se malo nasmehne, postane pa kmalu zopet resna. Svoje osebne podatke navaja bolnica sicer pravilno, je pa v ostalem težko dostopna, redkobesedna, zbegana, izraža ideje pregrešitve, meneč, da je upro-pastila ves svet.

V naslednjih tednih je bolnica jako nemirna, sili iz postelje, odklanja hrano, se pusti pitati in jo morajo siliti na stranišče. Od časa do časa polglasno stoka. Stoji ure in ure pokonci v zamreženi postelji. Ne reagira na noben nagovor. Pri ponovni preiskavi sedi nepremično pred zdravnikom, z rokami nemarno v naročju. Bulji predse in ne uboga na noben ukaz. Stanje je popolnoma nespremenjeno tja do novembra.

Z ozirom na našo skušnjo pri prvi bolnici smo jo začeli zdraviti s kardiocolom. Prva injekcija (0,5 gr) dne 3. novembra. Tipični epileptični napad. Po napadu nekaj minut zmedena, grabi posteljnino. Druga injekcija dne

5. novembra. Tipični napad, ki mu sledi zmedenost. Tretja injekcija dne 9. novembra z istim uspehom. Dne 11. novembra začne pacientka spontano govoriti, povprašuje strežnico, se da poučiti. Pri popoldanski eksploraciji radevolje daje urejena pojasnila, je zelo vesela, da zopet lahko govori. Pri-poveduje, da ne ve, kdaj in kako je prišla sem. Samo nejasno se spominja, da je postala konec junija nekam čudna, da ni našla nikjer miru, da jo je nekaj sililo, da bi kar naprej popotovala. Kako ji je prav za prav bilo, sama ne ve. Nejasno se spominja, da je šla v vodo. Kaj je doživela v zavodu in kako se ji je godilo, vsega tega se niti najmanj ne more spominjati; samo to ji je ostalo nejasno v spominu, da je nekoč dobila injekcijo. — Pacientka je zelo vzradoščena, se zadovoljno smehlja, pravi, da se počuti sijajno, samo v nogah da je še nekam šibka in nekoliko vrtoglava. Čisto urejeno opisuje potek svojega življenja: vedno je bila zdrava, trikrat je rodila, zadnjikrat avgusta lanskega leta. Otroka je še dojila, ko je zbolela. Ena materinih sestrah, da je bila prehodno zmešana.

Naslednji teden je popolnoma urejena, veselo razpoložena, zadovoljna, uvidi svojo bolezen. Rada se pogovarja s sobolnicami. Dne 21. decembra zdrava odpuščena.

O timopatični naravi obeh primerov menda ni nobenega dvoma.

Dr. MIROSLAV HRIBAR

ZDRAVLJENJE SHICOFRENIJE Z INSULINOM

(IZ BOLNICE ZA DUŠEVNE BOLEZNI V LJUBLJANI; ŠEFZDRAVNIK † UNIV. PROF. DR. A. ŠERKO

Že desetletja išče medicina zdravila proti najpogostejši duševni bolezni, shicofreniji. Vsa mogoča sredstva so bila že preizkušena, vendar do zadnjega časa niso dosegli vidnejših uspehov. V glavnem je bila terapija simptomatska, bistvo bolezni pa so hotele zagrabititi terapije, ki so se oslanjale na različne teorije o postanku shicofrenije. Poizkušali so z različnimi vročinskimi metodami, s hormonsko in vitaminsko terapijo, z intraarahnoidalnimi injekcijami fenolsulfoftaleina, z injekcijami jetrnega ekstrakta, tudi homeopatskih zdravil ni manjkalo in slednjič je celó kirurgija s trepanacijami čelnih loput posegla v to «specifično» zdravljenje. Vse te metode pa so opustili v razmeroma kratkem času, ker niti ena od njih ni kazala vidnejšega efekta. Publicirali so sicer 20—30 % ozdravljenj, ker je pa prav toliko tudi spontanah remisij, je bilo težko presoditi, v koliko so bile dosežene remisije pripisati zdravljenju. Ponekod še vedno preizkušajo stare metode, nobena pa se ni tako hitro razširila po svetu, kakor nova metoda z insulinom.

Insulin je že od prej znano zdravilo v psihiatriji. Ker zaradi hipoglikemije nastopa lakota, so ga v prejšnjih letih uporabljali kot sredstvo proti zavračanju hrane. Če so nastopili znaki bližajoče se hipoglikemične kome, so hipoglikemično stanje takoj kupirali s sladkorjem. Pred približno petimi leti pa je Sakel slučajno odkril, da ravno koma vpliva zdravilno na bolnikovo psihotično stanje. Začel je s poizkusi na shicofrenikih in dosegel z vedno večjimi dozami insulina hipoglikemične šoke (kakor Sakel imenuje komo), po katerih je dosegel številna zboljšanja in ozdravljenja. V teku teh poizkusov je izdelal celó metodo, ki jo je objavil leta 1935. Ne bom navajal njegove metode, pač pa bom opisal našo, ki je itak izdelana po Saklovi.

Predpisov za doziranje insulina ni, ker se višina doze individualno menjava. Bolnik, ki je bil seveda pred začetkom kure psihično in somatično

pregledan, dobi zjutraj na tešče kot začetno dozo 20 enot insulina subkutano. Tu takoj pripominjam, da dajemo insulin samo zjutraj, popoldne nikdar, kakor to poizkušajo ponekod. Bolnik ostane pod insulinskim vplivom štiri ure, nakar dobi 20 dkg sladkorja v čaju ali mleku. Naslednje jutro dobi za 10 enot višjo dozo, postopoma tudi v naslednjih dneh po 10 enot več, dokler ne nastopi hipoglikemična koma. Pri krepkih, dobro hranjenih bolnikih zvišujemo doze tudi po 20 enot na dan, ne da bi pri tem opazovali kdaj kake komplikacije. Ko je dosežena hipoglikemična koma, insulinskih doz ne zvišujemo več, ampak jih nasprotno znižujemo po 10 enot dnevno do tiste doze, pri kateri je bolnik še v komi. Omeniti namreč moram, da nastopa pri večini bolnikov senzibilizacija za insulin in da reagirajo bolniki v teku zdravljenja tudi na nizke doze, pri katerih ni bilo v začetku nobene nega efekta. Tako je n. pr. neka bolnica reagirala šele na 130 e. s komo, kasneje, pri zniževanju doz, je pa reagirala že na 40 e. s prav tako močno komo, kakor je bila prva pri 130 e. Po naši kazuistiki sodeč, je ta senzibilizacija splošna, ker smo jo pri 25 primerih opazovali 25krat, le v dveh primerih smo opazili nasprotno, da je nastopila navada na insulin in smo morali ostati vsakokrat pri najvišji dozi, da smo dosegli uspeh. Če smo znižali dozo, smo v obeh primerih dosegli samo somnolenco.

Prvi znak, ki ga pokažejo bolniki v začetku zdravljenja, je povečan apetit. Nekateri bolniki, ki so bili prej molčeči in nedostopni za vsak pogovor, so celó energično zahtevali hrane. To se včasih stopnjuje naravnost do besnosti, ko skušajo priti bolniki na vsak način do hrane. Nemci imenujejo to stanje «Hungerkrawall». Pri naših 25 primerih smo ga opazovali trikrat. Pa tudi sicer, ne samo zaradi lakote, postanejo bolniki že kmalu po drugi ali tretji injekciji psihomotorično agitirani, včasih prav manični, včasih prestrašeni in zbegani. v lice zardeli; puls se dvigne za 15—20 udarcev na minuto. Naslednji simptom, ki ne nastopa vedno, pač pa v večini primerov, je profuzno znojenje. Od naših 25 bolnikov oziroma bolnic se jih je znojilo 22. Znojenje nastopa najpogosteje pri 50 in 60 enotah, in sicer pri asteničnih tipih pri nižjih, pri atletskih tipih pa pri višjih dozah. Opazovali smo ga pri 30, pa tudi šele pri 80 e. Znojenje je pogosto tako profuzno, da je treba bolnika v teku dveh do treh ur po večkrat preobleči. Pri višjih dozah je znojenje močnejše in tudi hitreje nastopa. Dočim nastopi pri nizkih dozah po dveh ali treh urah, včasih šele h koncu četrte ure, je pri višjih dozah bolnik pol ure po injekciji insulina že premočen. Znojenju sledi somnolenca, ki nastopa navadno že pri naslednji višji dozi, ki je sprožila znojenje. Bolniki postanejo utrujeni, psihomotorična agitacija popušča, bolniki utihnejo in zadremljejo. Lakota jih še sem in tja prebudi iz te zaspčnosti, da se dvignejo v postelji in zahtevajo kruha ali čaja, po nekaj minutah pa že zopet zaspijo. Somnolenca je pri kasnejših višjih dozah tako globoka, da bolniki komaj še reagirajo na ogovore in druge dražljaje ter ob koncu četrte ure niso več sposobni popiti sladkega čaja in je treba že to hipoglikemično stanje prekiniti z intravenozno injekcijo glukoze ali z dajanjem sladkega čaja skozi nosno ali želodčno zondo.

Somnolenca je zadnji predznak bližajoče se hipoglikemične kome, ki nastopa, kakor sem že omenil, pri individualno različno visokih dozah. Naj naštejem, kako je reagiralo naših 25 primerov: v komo so prišli eden pri 40 e., 4 pri 60, 4 pri 70, 4 pri 80, 2 pri 90, 3 pri 100, 2 pri 110, 2 pri 120 in 3 pri 130 enotah, največ torej med 6 in 80 e. Publicirajo pa primere, da tudi po preko 300 e. ni prišlo do kome. Prvotno Saklovo naziranje, da delj časa trajajoče psihoze povzročajo rezistenco proti insulinu, bo najbrž zmotno in leži vzrok le v individualni občutljivosti za insulin, v endokrini konstituciji

predvsem hipofizarnega in suprarenalnega sistema. Za slednje govorijo tudi poizkusi, ko so s hormonskimi preparati, izpremembo prehrane in podobnim poizkušali doseči senzibilizacijo za insulin, pa jim ni uspelo. Tudi frakcionirano doziranje pri bolnikih, ki so rezistentni za insulin, ne povzroča senzibilizacije, kar je dokazal v. P a p. Istemu bolniku, ki je pri naenkratni dozi 130 e. prišel v komo, je dajal prej v teku enega dneva frakcionirane doze in še pri 350 e. ni dosegel kome. A. v. B r a u n m ü h l poroča v zadnjem času, da je s posebno «cik-cak metodo» dosegel senzibilizacijo za insulin pri rezistentnih bolnikih. Če bolnik na visoke doze (500 e.) ni reagiral s komo, mu je dal potem dvojno začetno dozo, naslednji dan polovico maksimalne doze in nato zopet maksimalno dozo. Po par takih poizkusih je dosegel v še tako rezistentnem primeru senzibilizacijo. Ne bom se spuščal v podrobnosti te metode, moram pa nekaj pripomniti. Nerazumljivo mi je namreč, da pišejo Nemci in Švicarji o tako visokih dozah (250 in preko 300 e.) za dosego kome, pri nas pa dosežemo kome že povprečno pri 80 do 90 e. Kje tiči vzrok, ni jasno. Da bi bili severni bolniki bolj rezistentni za insulin ni verjetno, mogoče je preparat (insulin) drugačen. Pri nas dajemo insulin jugoslovanskega proizvoda. Kot merilo za občutljivost za insulin imamo čas, ki poteče med injekcijo in nastopom prvih znakov hipoglikemije. Če znojenje in somnolenca pri zvišanih dozah hitreje nastopata (že po eni uri ali že prej), vemo, da bo koma kmalu nastala, v nasprotnem primeru pa zvišujemo doze tudi po 20 e. na dan. Kake posebne procedure za izzivanje senzibilizacije nam dosedaj še niso bile potrebne. V ostalem so pa te debate po mojem mnenju sedaj še prezgodnje, ker je celo zdravljenje šele v razvoju. Saj si v dosedanjih publikacijah te insulinske metode avtorji niso edini niti v tem, kdaj lahko rečemo, da je bolnik v komi. Pa p šteje v komo že stanje, ko je bolnik amnestičen, kadar se po sladkorju ali glukozi prebudi. Mi smo pa opazovali primere, ko so bili bolniki le lahko somnolentni, še reagirali na ogovore in druge dražljaje, izpili sami čaj s sladkorjem, bili pa po prebujanju tudi amnestični. Takih stanj mi ne štejemo v kome. Drugi avtorji priporočajo, naj se šteje h komam stanje, ko ugasnejo refleksi. Večina in tudi mi, štejemo kot koma stanje, ko bolnik ne more več sam zavžiti čaja s sladkorjem.

Glede nadaljnjega doziranja insulina, ko je koma že dosežena, se še vedno vršijo debate. Nekateri avtorji so mnenja, da doz ni potrebno več zviševati, čim pride bolnik v somnolentno stanje, češ da že to «prekomatozno» stanje deluje zdravilno. Drugi pa še zvišujejo doze, dokler ne pride do pravih epileptičnih napadov v komi, ker so mnenja, da vprav ti epileptični napadi rušijo psihozo. Tudi pri nas se držimo načela, naj bolnik dobi doze, pri katerih bodo v komi nastopali krči, ker smo opazovali vidna zboljšanja res šele po komah, v katerih so nastopali bodisi pravi epileptični napadi ali pa jaktacije, klonični in konvulzivni krči. Od 25 naših primerov jih je popolnoma ozdravilo 15 in vsi so imeli take kome. Od te najvišje doze smo potem, kakor sem že omenil, zniževali doze po 10 enot dnevno.

Vprašanje je, koliko kom naj bolnik prestane. Tudi tu ni nobenega pravila in so dosedanja mnenja zelo deljena. Število kom določi bolnik sam. Kakor hitro pokaže bolnik znake remisije, ostanemo pri komah tako dolgo, dokler vidimo, da ni več bistvenih izprememb v bolnikovem psihičnem stanju. Včasih nastopa ozdravljenje tako hitro, da ni potrebno nadaljevanje zdravljenja in ga takoj prekinemo. Prvotni način, da je treba bolnika počasi odvajati od insulina, se je izkazal v naših primerih kot nepotreben. Ustavili smo kuro tudi pri 70, da celo pri 100 enotah, ker je

nastopilo ozdravljenje, ne da bi zaradi tega nastopile pri bolniku kake komplikacije. Imamo pa še premalo skušenj, da bi o tem lahko sigurneje govorili, ker tudi dosedanja literatura, ki poroča že o preko 700 primerih, še nima jasnega odgovora na to vprašanje. Tudi na vprašanje, kako dolgo naj bolnik ostane v posameznih komah, še ni nikjer jasnega odgovora. Pri nas pustimo bolnika v komi, dokler ne potečejo 4 ure po injekciji insulina, najmanj pa ostane bolnik v komi pol do tričetrt ure. Tako so ostali bolniki v komi tudi po dve uri in pol. Izvzeti so seveda primeri, če nastopijo motnje v cirkulaciji in je treba takoj prekiniti koma. .

Kome same delimo (po nemških avtorjih) v «mokre», t. j. z znojenjem in v «suhe», t. j. brez znojenja. Pri mokri komi so znaki v glavnem sledeči: znojenje, somnolenca, koma, tonični in klonični krči, konvulzije, jaktacije in hemibalizmi, tremor universalis in tahikardija. Pri suhi komi običajno nimamo prodromov, ampak nastopi preko relativno kratke somnolence brez znojenja takoj koma z intenzivnimi krči vseh oblik, eventuelno prava epilepsija, puls je mehak, njegova frekvenca hitro variira in pogosto nastopajo težke aritmije. Suhe kome so zaradi opasnosti težjih cirkulacijskih motenj nevarne in jih zaradi tega takoj prekinemo. V naši kazuistiki smo samo pri dveh bolnicah opazovali suhe kome.

Somatične simptome, ki se javljajo v globoki somnolenci, ali kakor jo tudi nekateri nazivljajo v «prekomi» in v komah delijo neki avtorji v sledeče skupine:

1. bulbo-pontina: govor postane disartričen, zabrisan, skandirajoč, požiranje je težavno, ponekod se pojavi diplopia, pupili sta različno široki, bolniki so omotični; vse te simptome smo, razen diplopije, opazovali tudi pri naših bolnikih;

2. kortiko-spinalna: prehodne hemi- in monoplegije, hemianestezije, pozit. Babinsky, apraxia, aphasia (senzorno-amnestična), mioklonismi, epileptični napadi. Pri naših primerih smo opazili skoro pri vseh pozit. Babinsky in mioklonisme, pri nekaterih apraksijo in epileptične napade;

3. strio-talamična: koreatični in atetotični gibi, konvulzije, druge hiperkineze (jaktacije, hemibalizme), akineze, izpremembe tonusa itd. Vse te simptome so kazali tudi naši bolniki;

4. centralno-vegetativna skupina: hypo- in hyperthermia, lakota, somnolenca, znojenje. Pri nas nismo opazovali hipertermije, ki ne bi bila vezana na kako somatično obolenje, pač pa smo videli tudi temperature pod 35° C.

Nivo sladkorja v krvi so v početkih te Saklove metode na klinikah merili, izkazalo pa se je, da nima to praktično nobenega pomena. V primerih n. pr., kjer je bil nivo zelo nizek, ni nastopila koma, v drugih primerih pa je prešel bolnik v koma, ko je bil sladkor v krvi še relativno visoko. Zaradi tega pri nas nivoja krvnega sladkorja sploh nismo merili. Tudi ostalih, za kuro brezpomembnih izprememb, ki jih povzročča insulin kot simpatikotikum v organizmu (krvno sliko, bazalni metabolizem i. dr.), nismo registrirali. .

Sakel sam je razdelil svojo tehniko zdravljenja v 4 faze, in sicer v prvo fazo, ki traja do znakov hipoglikemije, v drugo šteje globoko somnolenco in šok, v tretjo dneve, ko ni več šokov in v četrto, v kateri je dajal insulina samo še od 50 do 10 enot na dan in pustil bolnika samo dve uri pod vplivom insulina. S temi majhnimi dozami je hotel fiksirati dosežene remisije. Jasno je, da ta razdelitev nima za zdravljenje bistvenega pomena.

Tudi med prebujanjem iz kome kažejo bolniki pogosto znake, ki sem jih opisal med začetnimi znaki hipoglikemičnega stanja. Večinoma so bol-

niki euforični, psihomotorično agitirani, zapadajo sem in tja še v kratko somnolenco, redki dobijo še par konvulzij, nato se pa prebude in zavživajo sami hrano. Prebujanje je po intravenozni injekciji glukoze zelo kratko, od 1 do 10 minut, po sladkem čaju po zondi pa četrto do tričetrt ure. Tudi omenjena stanja euforije, agitacije ali zmedenosti trajajo največ do pol ure. Ko se bolniki prebude, tožijo navadno, da so utrujeni in ko se najedo, jih večina zaspi spontano za eno ali dve uri.

Nevarnosti pri zdravljenju z insulinom niso tako velike, kakor so nagašali avtorji v prvih mesecih, ko se je začela ta metoda širiti po svetu. Na prvih 118 publiciranih primerih je prišel samo en exitus letalis, po zadnji zbrani statistiki pa pride na ca. 700 primerov 7 smrtnih, torej je mortaliteta 1%. Pri nas dosedaj še nismo zabeležili smrtnega primera. Nevarnost ne preti toliko s strani centralnega živčnega sistema, kakor s strani cirkulacijskega aparata. Zaradi tega je kontraindikacija za kuro predvsem dekompenziran vitium cordis in začetna koronarna skleroza. Jasno je seveda, da zaradi tega tudi ne pridejo v poštev za kuro niti jetrna niti ledvična obolenja. Pri obdukciji zgoraj omenjenih 7 smrtnih primerov so našli predvsem izpremembe na srcu, pneumonije in v dveh primerih krvavitve in nekroze pankreasa. V kolikor so našli izprememb in poškodb celic centralnega živčnega sistema, so patologi mnenja, da to nikakor niso nepopravljive poškodbe in da te pač niso bile vzrok smrti. Zaradi tega pazimo predvsem na cirkulacijski aparat in kakor hitro se v tem pojavijo motnje, prekinemo komo. Omeniti moram, da smo imeli v dveh primerih komplikacije. Prvi primer je bila «kasna koma» ali kakor jo Müller imenuje «Nachshock»: po 7 komah zelo zboljšana bolnica je dobila 36 ur po končani kuri težko komo z zelo hitro si sledečimi klonismi in prešla slednjič v skoro tetanično stanje. Puls se je dvignil na ca. 160, bil slabo polnjen, bolnica je postala cianotična, pupili maksimalno dilatirani. Po injekcijah adrenalina, glukoze in kardiakov, se je tekom dveh ur stanje zboljšalo in prešlo v normalno. Bolnica je bila po nekaj tednih odpuščena zelo zboljšana v domačo oskrbo. Drugi primer je bila zaradi akutnega delirija telesno precej izčrpana bolnica, ki je prestala že tri mokre in eno suho komo. Iz pete kome, ki je bila tudi suha in je nastopila pri 70 enotah, pa se bolnica ni zbudila 12 ur.. Kljub ponovnim injekcijam glukoze, adrenalina, kalcija in kardiakov, ni bilo mogoče prve štiri ure kome kupirati. Tudi ta bolnica je imela v komi krče vseh tipov, puls visoko frekventen in mehak, včasih aritmičen, nastopala je cianoza in dispnoe. Na ponovne doze glukoze oz. sladkega čaja se je bolnica slednjič umirila, puls se je po kardiakih zboljšal in po 12 urah je začela bolnica reagirati tudi na ogovor. Še ves naslednji dan je bila lahno somnolentna, dobila na to visoke temperature (bronchitis diff.), ki so na transpulmin v dveh dneh padle in bolnica je bila četrty dan izven nevarnosti. Psihomotorično se je bolnica popolnoma umirila, je dostopna za razgovor, prijazna, dobila velik apetit in se je telesno vidno popravila v nekaj dneh. V razgovoru je še nekoliko konfuzna; se nahaja še pri nas.

Glede na uspehe te Saklove metode imamo doslej razne publikacije. Sakel sam je razdelil bolnike v skupine po trajanju bolezni, in sicer v take, pri katerih traja psihoza do pol leta, dalje v skupino od pol do poldruega leta in končno v skupino, kjer so bolniki, pri katerih je psihoza starejša kot poldrugo leto. Opazil je, da so najboljši uspehi pri svežih akutnih primerih, najmanj uspeha pa je imel v tretji skupini. Enake rezultate so

dosegli tudi drugi avtorji in zato so jemali pri nas, kjer so krediti za apoteko zelo pičli, v zdravljenju večinoma sveže primere.

Predno podam pregled naših uspehov, bom navedel nekaj številke iz dosedanjih publikacij. Prvi pregled, ki ga je priobčil Müller v časopisu «Der Nervenarzt» od začetnih 118 primerov, nam da sledečo sliko:

Doba bolezni	Štev. bolnih	ozdravljenih	zboljšanih	neizpremen.
do pol leta	52	40	5	7
od pol leta do 1½ leta	26	14	8	4
čez poldrugo leto	40	2	16	22
Skupno	118	56	29	33
V %		47.7	24.5	28

V celoti torej 72% remisij, in od teh največ pri akutnih psihozah. Posamezne klinike so javile sledeče podatke o doseženih remisijah:

Wien 70 do 75%, Debrecen 58%, Tübingen 53%, Illenau 54%, Breslau 20%, Oslo samo 12%, še višje na severu pa so odstotki še manjši. Müller iz Berna podaja v «Fortschritte der Neurologie u. Psychiatrie» No. 4/37 statistične preglede različnih klinik in umobolnic ter ugotavlja, da znašajo popolne remisije v akutnih primerih, ko traja psihoza manj kot pol leta, povprečno 70—80%, v starejših primerih pa 30—50%.

V naši bolnišnici smo začeli z insulinskim zdravljenjem konec novembra 1936 in se je v teku tri četrt leta nabralo 25 primerov. Radi primerjave z zgornjo statistiko bom razdelil tudi naše bolnike v prej omenjene tri skupine. Uspeh je bil sledeč:

Doba bolezni	Štev. bolnih	ozdravljenih	zboljšanih	neizpremen.
do pol leta	17	11	4	2
od pod do 1½ leta	5	2	1	2
čez poldrugo leto	5	—	1	2
Skupno	25	13	6	6
V %		52	24	24

V celoti torej 75% remisij. Tudi pri nas so najbolj reagirale akutne psihoze.

Glede na spol se nam je zdelo, da reagirajo ženske bolj kot moški, vendar v številkah ni velikih razlik; zdravili smo 11 moških in 14 žensk z rezultatom:

11 moških: 5 ozdravljenih, 2 zboljšana, 4 neizpremenjeni
 14 žensk: 8 ozdravljenih, 4 zboljšane, 2 neizpremenjeni

Prav take diference poročajo tudi drugi avtorji, ki imajo zbrano večje število bolnikov.

Nekateri avtorji so primerjali z insulinom dosežene remisije s spontanimi remisijami. Po statistikah nemških klinik znašajo spontane remisije 31—35%. Na prvi pogled je vidna velika razlika, ni pa ta primerjava zanesljiva, ker ne vemo, kako dolgo bodo z insulinom dosežene remisije trajale. Že danes pa lahko trdimo, da so v akutnih primerih procenti z insulinom ozdravljenih visoko nad spontanimi ozdravljenji in tudi doba, ki jo preživi bolniki v zavodu, je po zdravljenju z insulinom za dve tretjini krajša od one, kjer pride do spontane remisije. Dussik, Saklov sodelavec, je izračunal n. pr., da je v enem letu od 94 akutnih shicofrenij prišlo

Specifična terapija vegetativnih nevroz

Simpatikotonija

Tahikardija
Migrena
Urtikarija
Hipermenoreja

GYNERGEN

Vagotonija

Angina pectoris
Križe radi strahu
Epilepsija
Spazme
Hiperemija
Dismenoreja

BELLADENAL

Amfotonija

Labiliteta vegetativnega
živčnega sistema
Vazonevroze
Basedow
Nočno znojenje
Nevroze v klimakteriju

BELLERGAL

CHEMISCHE FABRIK VORM. SANDOZ - BASEL (SCHWEIZ).

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoji za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

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, prolina, kamnov in notranjih žlez

Sezona se prične s 1 majem

Bolnikom vedno priporočajte
**RADENSKE PRIRODNE
MINERALNE VODE**

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

CHEMOLABOR

LJUBLJANA, MIKLOŠIČEVA 17
V BLIŽINI KOLODVORA

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

Vodeči preparati železa

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

Proizvodi Mr. MIRKO KLEŠČIĆ, lekarnar — SAMOBOR, Savska banovina
Literatura po zahtevi!

do spontane remisije samo 20 in da je bila povprečna doba internacije 202 dneva na bolnika, dočim znaša povprečna internacija pri bolnikih ozdravljenih z insulinom samo 62 dni.

Ko sem že omenjal, da so starejše psihoze težje dostopne za to zdravljenje, moram še poudariti, da bolnikova starost pač ne pride v poštev kot faktor, ki bi oviral zdravljenje. To pa iz enostavnega razloga, ker pade starost vseh bolnikov v drugi in tretji decenij, t. j. v čas, ko se psihoza šele pokaže (odtod starejši naziv: *dementia praecox!*).

Glede na vrsto shicofrenije same reagirajo najboljše katatonske in paranoide oblike, dočim so stuporozne forme boljše za kardiaco:ovo terapijo. Od naših primerov jih je bila katatonskih 14, paranoidnih 8 in 5 stuporozni, ki so takole reagirali:

	Štev. bolnih	ozdravljenih	zboljšanih	neizpremen.
katatonskih	14	7	5	4
paranoidnih	8	4	2	2
stuporozni	5	2	1	—

K neizpremenjenim štejem primere, ki so bili že tudi zboljšani odpuščeni v domačo oskrbo, pa se je stanje poslabšalo. Dosedaj imamo dva recidiva, in sicer prvi po dveh mesecih, drugi po treh mesecih. Od obeh poročajo sorodniki, da sta bila doma brez znakov psihoze. Ali so recidivi redkejši oziroma kako dolgo bodo trajale remisije po insulinskem zdravljenju, nam bodo pokazala šele prihodnja leta.

Restitucijski potek psihoze je pri zdravljenju z insulinom bistveno drugačen, kakor pri spontanem zboljševanju. Pri spontanem okrevanju je ves proces počasnejši in dolgotrajnejši. Sproščanje od patološke vsebine psihične produkcije in patoloških doživetij, boj med zunanjim svetom in seboj, nad pogrezanjem samega vase, vodi najprej do različnih kompromisov in se končava z izrivanjem in odbijanjem vsega patološkega. Pri insulinskem zdravljenju gre ves ta proces brez predelavanja psihoze, izgineva, kakor da bi vsemu patološkemu izpodmaknil tla. Podobno je, kakor bi se bolnik prebudil iz težkih sanj, ko se sprostí vseh notranjih spon in ovir, ko zadobi spet svojo osebnostno integriteto in pride v pravo realnost. Bolniki, pri katerih je tekom nekaj kom nastopilo brez prehodnega zboljševanja takoj ozdravljenje, žarijo od veselja in ne morejo opisati, kako so srečni, da so spet svobodni. »Kakor, da mi je neka teža padla iz prsi«, »kakor da sem prišel iz vic«, «bilo je nekaj groznega, kakor da sem že umrla in še živim, saj ne morem opisati», «vse se mi zdi, kakor pravljica, da sem sanjal», tako in podobno opisujejo bolniki svoje prestano bolezensko stanje.

Pri nastopajoči remisiji se prva izpreminja shicofrenska afektivnost. Otopelost, katatonska drža, mimika in geste, nedostopnost, pogreznjenost vase in način bolnikovih odgovorov izgineva najprej, dočim izginevajo ostali znaki (paranoide ideje, halucinacije) bolj polagoma, v tednih in tudi mesecih. Torej: kar je patoplastičnega izgine hitro, kar je patogenezičnega, je odpornejše za zdravljenje. Dinamičen potek insulinske remisije je sličen bolj izginevanju kakega toksičnega delirija ali manične atake. In tudi kvaliteta teh remisij je drugačna od onih spontanih. Bolniki po spontanih remisijah ostanejo vedno nekoliko tuji, mrki, sami zase, dočim so po insulinskih remisijah živabni, prisrčni, pripovedujejo radi in veliko o svojih doživetjih, gledajo brez notranjega odpora kritično na prestano bolezen. Zaradi tega so bolniki po tem zdravljenju tudi popolnoma uvidevni

za bolezenski proces. Manične in psihopatsko pobarvane faze, ki se javljajo včasih po ozdravljenju, štejejo nekateri avtorji k motnjam hormonalnega ravnotežja zaradi insulina, smatramo jih pa lahko tudi kot defekt, ki ga je povzročila psihoza v času svoje akutne faze. Prav kratke manične faze pa so lahko tudi samo psihične reakcije, ki jih povzroči hitra sprostitvev iz težkega psihotičnega stanja. Saj imamo take psihične reakcije v hipoglikemiji sami.

Psihičen izraz hipoglikemije deli Sakel v sledeče skupine, ki smo jih opazovali tudi pri naših bolnikih:

1. Psihotične reakcije, ki jih kažejo duševno zdravi diabetiki. Imamo tako zvano insulinsko psihozo, ki je karakteristična po znakih duševne sproščenosti. Oblike so različne: hipomanične, manične, histeroidne, infantilno prismojene (läppisch), halucinatorne in paranoidne. Taka stanja nastopajo ali tik pred komo ali šele po injekciji sladkorja. Take znake smo opazovali pri nas često med prebujanjem iz kome.

2. Poglobitev simptonov, ki so jih kazali bolniki v manjši meri že pred kuro: stupor, mutacismus, negativismus, katatonska divjost, halucinacije, razna druga shicofrenska doživetja in reakcije so se v hipoglikemičnem stanju še stopnjevala in po prebujanju iz kome zopet izginevala.

3. Postopno zboljševanje, ki se pokaže včasih že pred komo, večinoma pa po komi in se obdrži preko popoldneva, nakar se stanje v prvih dneh preko noči poslabša. Te dobe «jasnitve» se tekom zdravljenja vedno daljšajo in ostanejo slednjič trajne. Včasih so te jasnitve le prehodnega značaja in trajajo do konca kure, potem se pa bolezen ponovi z vso vehemenco. Takih primerov smo imeli pri nas pet, od katerih so ostali trije neozdravljeni, dva primera sta pa na ponovno kuro popolnoma ozdravela. Pri obeh poslednjih primerih so že po prvi kuri izginili patoplastični simptomi: bizarnost, stereotipija, manire in katatonska vzbujenost. Ko so se ti simptomi po nekaj tednih zboljšanja ponovno pojavljali, je bila izvedena ponovna kura, v katerih so poleg patoplastičnih izginili tud patogenični simptomi. Kot patogenične simptome označujemo: 1. afektivni odklon od resničnosti, t. j. bolniki izgube kritiko do resničnih doživetij in se njihov afekt obrne k lastni osebi, k lastnemu jazu. Ta proces je za bolnika pasiven, se ga pa v začetnem stadiju še zaveda: svet ni več tako realen ampak izpremenjen, medel, nejasen, manj plastičen, bolniki izgublajo kontakt s svetom in nimajo več pravega interesa za stvari in dogodke v okolici, med nje in zunanji svet se je postavila prozorna stena (Nemci imenujejo ta pojav «Weltuntergang»); 2. razkritje in demaskiranje podzavesti, da pridejo do sprostitve vzbujenja in goni, ki so pri zdravem človeku potisnjeni globoko v podzavest. Psihoanalitično tolmačenje imenuje to shicofrenski razkroj osebnosti in povratek v infantilno, da celó v filogenetično razvojno stopnjo človeka, ko n. pr. jê shicofrenik lastno blato ali se maže z njim kakor dojenček. Pri shicofrenikih pride zaradi tega razkroja do podobnih doživetij, kakor pri normalnem v sanjah, samo da shicofrenik ne more več ločiti, kaj nastaja v njegovi duši, v njegovi notranjosti in kaj v zunanjem svetu: shicofrenik proicira lastna intrapsihična doživetja na okolico. V tem izginjevanju meje med lastnim jazom in zunanjim svetom je najbrž tudi izvor halucinacij in impulzivnih shicofrenih dejanj. Reakcije na to so že patoplastični simptomi.

Različni uspehi, ki so jih dosegli po neštetihih klinikah, so dovedli do tega, da trdijo nekateri avtorji, da reagirajo na Saklovo terapijo samo reaktivne

shicofrenije. Začeli so namreč diferencirati shicofrenije v prave ali endogene in v reaktivne ali eksogene. Po novem naziranju imamo med akutnimi shicofrenijami mnogo psihoz, ki ne spadajo v ožji krog shicofrenij, ampak se po svojem poteku izkažejo le kot shicofrenske reakcije ali sploh reaktivne psihoze v smislu senzitivnih blodenj («Beziehungswahn») ali kakih drugih reaktivnih paranoidnih psihoz. Te reaktivne psihoze imajo pa že same po sebi dobro prognozo. Z insulinom povzročeni telesni in duševni «šok» je pri teh le pripomoček do hitrejše remisije oziroma ozdravljenja. Mogoče je pri tem še kak specifičen vpliv insulina kot hormona, ki deluje zdravilno.

Kakor je nešteto teorij o etiologiji shicofrenije, prav tako rastejo iz dneva v dan teorije, na kak način deluje insulin zdravilno na psihoze. Sakel sam si je razlagal zdravljenje z insulinom z «delavno hipotezo»: zaradi insulina zvišano presnavljanje vodi do prenasičenosti dražilnih snovi in tako do vagotonične blokade živčnih celic, v katerih so med bolezenskim procesom nastajale nove smeri in proge; blokada uniči te novonastajajoče smeri, nudi čas, da se celice odpočijejo in opomorejo ter začnejo zopet s svojo normalno funkcijo. Večina avtorjev se tej hipotezi pridružuje. Küppers tolmači zdravilnost insulina drugače: niti hormon, niti humoralne izpremembe v organizmu, niti nivo sladkorja, niso odločilni, ampak samo izpremembe v možganskih celicah v zmanjšani zavesti ali nezavesti, ker prekinejo zaradi shicofrenskega procesa sprožen prosti tek talamokortikalnega mehanizma; v akutnih primerih se ta shicofrenski avtomatizem uniči in nastane zopet normalno delovanje. V podkrepitev svoje teorije navaja Küppers, da so enake, seveda kratkotrajnejše uspehe dosegli tudi z drugimi sredstvi, ki delujejo intracerebralno: narkoza, trajno spanje ali s kardiocolom sprožen epileptičen napad. Čudno je pa le, zakaj do zadnjega časa ni bilo po velikih dozah hipnotikov, po «trajnem spanju», doseženih toliko remisij, kakor pri insulinu. Küppersovemu mnenju blizu je Salmons, ko pravi, da povzročea hipoglikemija škodo v celicah možganske skorje in striatnega telesa, čemur je posledica izgubljanje zavesti, ki deluje zdravilno. Lucke pa pravi, da nastopajo zaradi rapidnega padca krvnega sladkorja v možganskih celicah motnje presnavljanja ogljikovih hidratov in da te motnje izzivajo v mesencefalu in njegovi okolici (lega ekstra-piramidnih centrov) hipoglikemičen mesencefalni sindrom: zvišano temperaturo in krvni tlak, znojenje in somnolenco. Ne bom navajal drugih teoretičnih razprav, navedem naj samo še dve teoriji, ki se od gornjih bistveno ločita: Mignot je n. pr. mnenja, da so vsi psihotiki seksualno preobčutljivi in ker insulin znižuje to preobčutljivost, vodi tako do ozdravljenja psihoze. Kot zadnjo navedem v. Medunovo teorijo «biološkega antagonizma» med epilepsijo in shicofrenijo. Slednji je mnenja, da izpreminjajo epileptični napadi v telesu kemična, humoralna, hematološka in druga razmerja v toliko, da postanejo za razvoj shicofrenih procesov neugodna in vodijo do ozdravljenja. Do tega zaključka je prišel v. Meduna po dobrih uspehih zdravljenja shicofrenije z epilepsijo, ki jo provocira z injekcijami kardiocola. Pri simptomatskih shicofrenijah je dosegel 80% ozdravljenj in dobrih remisij, pri genuinih pa 20%. Tudi pri nas delamo po njegovi metodi in bom o naših uspehih poročal pozneje. Iz vseh teh številnih teoretičnih razglabljanj pa vidimo, kako velik impulz za nova humoralno-patološka in psihopatološka raziskavanja je dala Saklova metoda.

Zusammenfassung.

Autor gibt einen Ueberblick über die Insulinschockbehandlung der Schizophrenie und berichtet über eigene Beobachtungen bei der Behandlung von 25 akuten und subakuten Fällen dieser Krankheit. A. beschreibt zuerst die therapeutische Technik, die ganz der von Sakel angegebenen folgt. Bei der Beschreibung der Shock-symptomatologie betont A., dass er im Allgemeinen schon 60 bis 80 Einheiten einen Shock erzielen konnte, wobei er Shock mit Konvulsionen und epileptischen Anfällen bevorzugt. Zuletzt berichtet A. über seine Erfolge: 76% Remissionen, davon 52% vollständige. Den Schluss bildet eine kurze Uebersicht einiger Theorien über die Insulinschocktherapie.

LITERATURA:

- Sakel M.: Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. 1955.
Müller M.: Die Insulinschockbehandlung der Schizophrenie. (Der Nervenarzt XI. 1956.)
Müller M.: Die schizophrenen Erkrankungen. (Fortschritte der Neurologie u. Psychiatrie XI. 1955.)
Müller M.: Insulin- und Cardiazolshockbehandlung der Schizophrenie. (Fortschritte der N. u. P. IV. 1957.)
Salm: Benommenheitszustände im Anschluss an die Insulinschockbehandlung von Schizophrenen. (Münch. Med. Wochschr. 28, 1957.)
A. v. Braunnühl: Die Zickzack-Methode, ihre Praxis u. ihre Verwendung als Sensibilisierungstest bei der Insulinschockbehandlung der Schizophrenie. (Nervenarzt XI. 1957.)
W. Enke: Arzneimittelbehandlung in der Psychiatrie. (Fortschr. NP. VI.)
W. Skalweit: Schizophrenie. (Fortschr. d. N. u. P. VIII. 1957.)

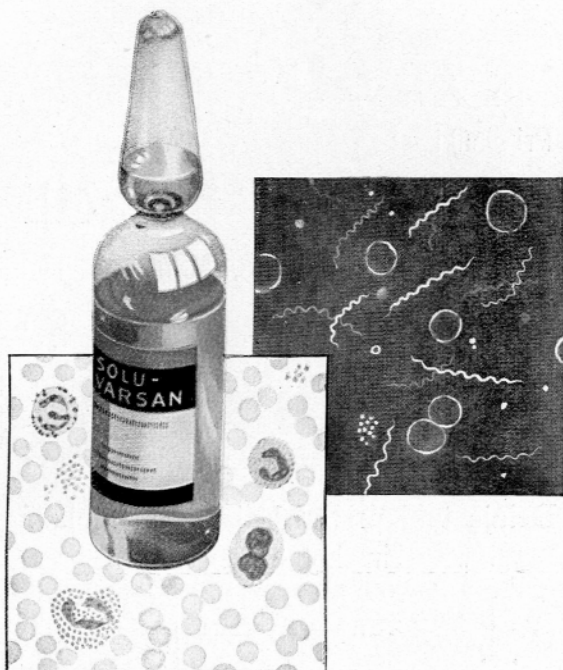
Dr. M. KAMIN — Studenec

SODOBNO ZDRAVLJENJE DUŠEVNIH BOLEZNI (S POSEBNIM OZIROM NA SHICOFRENIJO)

Še do pred nekaj desetletji se v psihiatriji res ni dalo govoriti o kaki terapevtski agilnosti, nasprotno, resignacija in nihilizem sta zavirala vsake resnejše poskuse v tej smeri. Psihiatrija se je v onih časih prav za prav šele izoblikovala kot svojska panoga medicine, njeno sistematično znanstveno delo je bilo stoprav več ali manj v početkih. Vsako zavedno in usmerjeno terapevtsko početje ima svoj izvor v bolj ali manj podkrepjenih ugotovitvah; ravno teh pa je tedaj v psihiatriji še nedostajalo.

V zadnjih dveh decenijah pa je raziskovanje psihiatričnih problemov zaznamovalo velik napredek. Razvila se je prognostika duševnih bolezni, ob njej pa tudi profilaksa in psihična higiena. Posebno vnemo pa so posvečali problemom patogeneze endogenih psihoz; toda prav v tej smeri so uspehi v celem še pičli.

S tem je tudi načeloma utesnena psihiatrova terapevtska uspešnost. Toda nepopolna znanstvena spoznaja o vzroku in bistvu duševnih bolezni ni edini, dasi kajpada najvažnejši razlog terapevtskih ovir v psihiatriji. Pomniti je namreč treba, da mora zdravljenje duševnih bolezni računati s čisto posebnimi pogoji, ki jih terapija telesnih bolezni ne pozna, ali pa vsaj ne v toliki meri. Postavim samo tole: če že v somatični medicini gotova izkustva močno otežkočajo presojo, ali neki terapevtski podvzetek učinkuje psihičnim ali fizičnim potom, kaj takega v psihiatriji pri vsakršnem terapevtskem prizadevanju še toliko težje razločimo. Spominjam le na psihične vplive glede obolenja ali rezistence za tuberkulozo, Basedowljevo bolezen, diabetes, ikterus itd., z druge strani pa na izkustva glede



Solu-Salvarsan

injiciran intramuskularno

garantira pojačano spirohetocidno delovanje.

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

Kontrolira se s strani države kemijsko, biološko in klinično ravno tako kakor Neo-salvarsan.

Pedeset let



ZDRAVIL

ORIGINALNI OMOTI:

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

Omoti za otroke:

1 oz. 10 ampul po 0.5 in 1.5 ccm

2337a (3107)

»Bayer«

Leverkusen a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD — ZAGREB

Pri vsaki

streptokokni infekciji

terapevtsko in profilaktično

Prontosil

„Grand Prix“ svetovna razstava Paris 1937.

Deluje tudi pri infekcijah s stafilokoki
in koli-bakcili.

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

ORIGINALNI OMOTI:

Prontosil tablete:
cevčica z 10 in 20 tablet po 0.3 g

Prontosil solubile:
škatlja s 5 ampulami po 5 ccm

Prontosil album:
cevčice z 20 tablet po 0.3 g

Pedeset let



ZDRAVIL

BETAXIN

**prvi sintetsko prirejen
vitamin B₁**

Za oralno in parenteralno uporabo pri

nevritidah in nevralgijah

kot na pr. pri nevritidah med nosečnostjo in v puerperiju, polinevritidah, nevritidah optikusa kot posledice alkohola; nevralgiji trigeminusa in interkostalnih nevralgijah, nadalje pri beri-beriju, funikularni mijelozi in postdifuzijski ohromelosti.

ORIGINALNI OMOTI:

Betaxin:

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

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

Betaxin »stark«:

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

Betaxin tablete:

cevčica z 20 tabl. po 1 mg vitamina B₁

Pedeset let



ZDRAVIL



2337 a (3107)

»Bayer«

Leverkusen a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.

BEOGRAD — ZAGREB

Devegari

v kliniki in praksi
preizkušan terapevtikum pri

fluor albusu

Uničava brzo vzročnike bolezni in vzpostavlja normalno čistočo v vagini, ker nadopoljni izčrpljene zaloge glikogena. Izredno dobro deluje tudi pri trihomonadni kolpitudi.

Čista in ugodna uporaba.

ORIGINALNI OMOTI:
škatlja s 15 in 30 tabl.



»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:
„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD — ZAGREB

možnosti psihičnih vplivov na telesne procese v hipnozi. Hipnotične sugestije lahko vplivajo na krvni kalcij, krvni sladkor, eosinofilijo, sekrecijo obisti in žolča, na gotove dermatoze; znano je pa prav tako, da gotove somatične okvare izzivajo mnogovrstne psihične motnje (narcotica, ekstrakerebralne somatične bolezni).

O kavzalnem zdravljenju endogenih psihoz je seveda tudi še danes prevred govoriti. Temu se ni čuditi, če nam njih patogeneza še zdaleč ni jasna. Zankrat nedostaja v vprašanju etiologije in patogeneze teh psihoz vsake enotnosti v interpretaciji klinične slike. Čisto prirodno nedostaja zaradi tega tudi enotnih smernic glede terapijskih stremiljenj. Posebno velja to za centralni terapijski problem psihiatrije, za skupino

shicofrenih psihoz.

Navzlic večdesetletnemu iskanju za vzroki shicofrenih obolenj je storjen tako rekoč šele začetek v tej smeri. Nesporna pa je že danes organsko-procesualna geneza teh psihoz. Ena od osnov shicofrenega obolenja je podedovana shicotimna konstitucija. Bolezen shicofrenija mora izbruhniti stoprav, če se konstituciji pridruži še nekaj bitno novega, neki specifični faktor, tako imenovani procesni faktor, ki je neki poseben dedni radikal. Po drugi teoriji pa izzivlje shicofrenijo, zopet na bazi posebnega shicotimnega ali shicoidnega ustroja, specifičen organski proces avtoksične, infekcijske ali druge narave. Vsekakor izključujejo serološka in patološko-anatomska raziskavanja možnost, da bi bile shicofrene psihoze funkcionalne, psihogene bolezni. Patogenetski faktor mora biti neki organski proces, ki kajpada ne povzroča masivne destrukcije možganske substance in zato tudi ne grobih možganskih izpadkov.

Zaradi organske geneze shicofrenih psihoz morajo biti metode za njih terapijo v prvi vrsti somatične. Samo take metode bi mogle učinkovati kavzalno ali vsaj specifično. Toda to spoznanje nam je vsaj za enkrat še malo v korist, saj še niti namanj ne poznamo narave osnovnega shicofrenega procesa. Vsa tovrstna terapijska prizadevanja so danes še brez prave teoretične baze, pomenijo zato negotovo, slepo empirično tipanje. Uspeh takih poskusov je težko presojati še posebno zaradi tega, ker shicofrene psihoze močno — v 15 do 20% — nagibajo k spontanim remisijam. Predvsem so pogoste v ranih stadijih shicofrenih obolenj, po drugi strani so pa tudi terapijski poskusi ravno pri svežih bolezenskih primerih še najbolj pozitivni. Seveda velja za vsako zdravljenje v medicini, da je sleherni organski proces v akutnem stadiju gotovo lažje dostopen terapijskemu vplivu kakor v kroničnem in da mora biti že a priori vsaka terapija uspešnejša, če gre za aktivno, živo bolezensko dogajanje, kakor pa če imamo opravka z omrtnim defektnim stanjem. Toda prav ti dve dejstvi — ne redke spontane remisije posebno v početnih stadijih in zopet ugodni terapijski rezultati prav tako predvsem pri sveže obolelih — sta največja ovira za objektivno cenitev.

Ne dá se zanikati, da so se do danes v somatičnem zdravljenju shicofrenih psihoz že pokazale nekatere metode, ki je njih učinek več ali manj specifičen ali se vsaj zdi tak. V ospredju sta bili do nedavna terapija z dražilnimi snovmi in pa zdravljenje s trajno narkozo.

Prva od obeh navedenih metod je hkrati ena najstarejših v psihiatriji. Že davno so vedeli, da more kaka interkurentna infekcijska bolezen ugodno predrugačiti potek te ali one psihoze v smeri krajše ali daljše remisije. Svoj vrhunec je ta metoda dosegla danes v terapiji progresivne paralize

z malarijo. Pri psihozah iz shicofrenega kroga pa se terapija z malarijo ni posebno obnesla, vsaj se še zdaleč ne more kosati z drugimi dražilnimi sredstvi; danes so jo že povsem opustili. Vsekakor pa je vprav uspeh tega zdravljenja pri paralizi pobujal k podobnim poskusom tudi pri drugih psihozah in še posebej pri shicofreniji, pri čemur pa niso bila merodajna tolika teoretična razmišljanja — saj nam je patogeneza paralize v bistvu znana — kakor bolj slučajna empirija, dostikrat tudi zadrega, ker pač ni bilo boljšega pri rokah.

Dražilnih sredstev, ki so jih že poskušali pri shicofrenikih, je legijon: vsi mogoči proteini, oslABLJENE bakterije oziroma njih toksini in še virulentni vzročniki.

Pri vseh teh piretičnih sredstvih se do sedaj še prav malo vé o mehanizmu njihovega učinka na psihozo. Somatični pojavi so vedno isti: vročina, leukocitoza, zvečana permeabilnost hematoencefalične bariere, razpad beljakovin, izpremembe v sestavi koloidov, izravnovešenje med kislinami in bazami ter še drugi. Misli se, da samo ena ali druga teh komponent ni še terapevtični agens, pač pa, da vsi ti procesi kot celota predrugajo reaktivnost organizma, verjetno na ta način, da vplivajo na neurovegetativne centre v mozgovnem deblu.

Piretoterapija je pri zdravljenju shicofrenih psihoz pokazala že toliko uspehov; da je še zmeraj vredno z njo poskušati; saj izziva stimulacijo vseh obrambnih sil organizma in mogočno reakcijo na neko doslej še neznano nokso. Poskusi gredo danes v to smer, da bi se našlo optimalno dražilno terapijo, kakor je za paralizo že ugotovljena v obliki malarije.

Trajno narkozo je prvi poskušal leta 1901. Wolff, ki je vzburjene psihotike držal z visokimi dozami trionala po več dni v spanju. Toda takrat so na to metodo, ker je bila pač precej nevarna, kmalu pozabili. Šele leta 1922., ko je bila farmakologija uspaval med tem že jako napredovala, jo je Kläsi oživil, a danes je terapija s trajnim spanjem sredstvo, ki bi ga pri zdravljenju endogenih psihoz in posebej še psihoz iz shicofrenega kroga neradi pogrešali. Uspavalo se aplicira ali intravenozno oziroma intramuskularno ali pa rektalno. Za parenteralno narkozo se danes najraje jemlje dial, manj že somnifen in pernocton; rektalno aplicirajo največ avertin, dial, paraldehyd in cloetal. Narkoza naj traja 8 do 10 dni, pri čemur pa posamične periode spanja ne smejo biti daljše od 12 ur, ker se sicer pljuča ne ventilirajo zadosti in obstoja nevarnost hipostatične pneumonije. Kontraindikacije za tako terapijo so torej predvsem vsakršna, še tako lahka, obolenja sopil pa tudi urogenitalnega aparata. Napram parenteralni ima rektalna metoda gotove prednosti.

Iz dosedanjih empiričnih ugotovitev sta se izcimili dve teoriji o mehanizmu trajne narkoze. Psihološka struja misli, da je učinek narkototerapije samo posreden, spanje da samo pripravi tla za psihoterapijo, ker pobudi v bolniku občutek nebogljenosti in potrebo po oslonu ter tako zrahlja njegovo avtistično zapetost; s tem je pa že dostopnejši za kakršnekoli psihoterapevtične vplive. Po somatični teoriji je pa učinek trajnega spanja čisto ali pa predvsem farmakološki, ker povzroči prestroj organizma. Tehtna opora tej teoriji so razni somatični pojavi med kuro: intoksikativni razpad beljakovin, mrzlica, leukocitoza, premaknitev hemograma v levo, pojačana hitrost padanja eritrocitov in pojačeno sesedanje krvi; posebno še tudi dejstvo, da se psihoza pogosto obrne na bolje šele par dni po končani kuri in to brez slehernih psihoterapevtičnih podvzemkov.

Narkototerapija psihoz iz shicofrenega kroga je v zadnjih letih tako glede tehnike kakor glede specialne indikacije močno napredovala. Indikacija za to zdravljenje je podana predvsem pri akutnih katatonijah, ki nudijo sliko težke psihomotorične vzburitve; dalje pa tudi pri subakutnih, ko proces še popušča in je verjetno, da se bo bolnik pogreznil v avtizem ali pa za trajno fiksiral kake sekundarne simptome. Kronične defektivne shicofrenije z že utirjenimi asocijalnimi razvadami, stereotipijami in negativizmi so takisto pripravne za omenjeno zdravljenje.

Predmet vsega terapevtičnega zanimanja pa sta prav danes dve novi metodi: zdravljenje z insulinom in s kardiocolom. Že zato, pa tudi zaradi mnogoterih njunih zanimivosti je malo daljši pomudek ob njih opravičljiv.

Insulin so uvedli v psihiatrično terapijo kmalu po njegovem odkritju. Obnesel se je zlasti pri bolnikih, ki trdovratno refizirajo hrano, izkoriščal se je torej njegov posebni učinek, da izziva lakoto. Indiciran je tudi pri pijanskem bledežu, ker podpira detoksikativno funkcijo jeter. Končno ga je pred nekaj leti uvedel Sakel v terapijo morfinizma; opazil je namreč, da insulin tudi pri hitri odtegnitvi narkotika omili v znatni meri abstinenčne pojave.

Kakorkoli pa se je že dotlej insulin uporabljal v psihiatrični terapiji, se je vendar vsakdo izogibal njegovih postranskih učinkov, zlasti hipoglikemičnih pojavov. Čisto empiričnim potom je pa Sakel opazil, da so ravno ti nevarni momenti hipoglikemičnega šoka pri shicofrenih psihozah posebno učinkoviti terapevtični faktorji. Na tej bazi je zgradil svojo metodo insulinskih šokov; objavil jo je pred tremi leti. Njegova publikacija je bila silna pobuda za preizkušanje nove zdravilne metode in danes menda skoraj ni psihiatričnega zavoda, ki bi te vrste zdravljenja ne apliciral pri svojih shicofrenikih. V teku teh nekaj let se je nabralo že precej izkušenj glede terapevtičnih izsledkov, tehnike in nevarnosti metode ter somatičnih in psihopatoloških pojavov hipoglikemije.

V tehnične in statistične podrobnosti inzulinske terapije se ne spuščam, ker je o tem izčrpno poročal dr. Hribar v prejšnjem članku. Govoriti pa o stabilnosti terapevtičnega uspeha kajpada sedaj še ni mogoče; treba bo počakati še vsaj nekaj let. Müller meni z ozirom na Sakelov in svoj lastni material, da govore dosedanje res še male številke relativno ugodno za trajnost insulinskih remisij.

Nekako istočasno, kakor je Sakel začel s svojo metodo, je Meduna v Budimpešti inavguriral pri shicofrenih psihozah konvulzijsko terapijo s kamforo, ki pa jo je kasneje zamenjal s kardiocolom. Svojo metodo je iznašel deduktivnim potom. Znano je namreč, da je kombinacija shicofrenije z epilepsijo izredno redek pojav.* Meduna misli zato, da je med epileptičnimi in shicofrenimi procesi neki biološki antagonizem; ta domneva je teoretična podlaga njegove terapevtične metode. Če se torej posreči, da izzovemo pri shicofrenih bolnikih epileptične paroksizme, bodo ti napadi tako predrugačili ves milje organizma (torej kemični, humoralni, hematološki itd.), da v takem miljeju ne bo več ugodnih tal za razvoj shicofrenije; tako je pa tudi ustvarjena biološka možnost za remisijo obolenja.

Tehnika njegove metode je kaj preprosta. Bolniku se injicira v žilo — injicirati je treba prav hitro — povprečno 0,5 kardiocola, nakar sledi skoraj neposredno, najkasneje pa čez eno minuto, epileptični paroksizem. Često

* Neka statistika iz Züricha n. pr. ugotavlja med 6000 shicofrenikih samo osem primerov, ki so bili komplicirani z epilepsijo.

ga najavi kratak suh kašelj. Nato se pojavijo tonični krči, ki po kakih 15 sekundah preidejo v klonične, trajajoče največ 60 sekund. Na početku toničnega stadija se redno dogaja, da bolnik maksimalno odpre usta; to nam pride zelo prav, ker pri tem lahko porinemo v usta prikladen tampon in tako preprečimo, da bi se bolnik ugriznil v jezik. Po napadu so bolniki še nekaj časa somnolentni, večinoma tudi zaspe, a ne za dolgo. Mnogi so potem zbiti, tudi na bljuvanje jih sili. Včasih nastopi mesto pravega krčevitega paroksizma samo ekvivalent, posebno še, če je bila doza kardiocola premajhna. Injiciramo navadno dvakrat v tednu. Da bi bila metoda nevarna, ni doslej navzlic tisočem in tisočem injekcij še nihče trdil. Za kontraindikacijo pa veljajo srčne afekcije.

Terapevtični efekt konvulzijske terapije s kardiocolom je po dosedanjih ugotovitvah kaj ugoden. Medu na sam je poročal o 50% remisij pri močno mešanem materialu (psihozo je trajala en teden do 10 let). Pri akutnih procesih je uspel celo v 82%, pri kroničnih pa v 22%. Drugi so dosegli bistveno ne dosti slabše rezultate (n. pr. zavod Steinhof pri svežih primerih 69% popolnih remisij, Feldhof 76%). Izboljšanje se pogosto pokaže kakor na udarec že po prvih par injekcijah, v splošnem pa zahteva kura tudi do 50 paroksizmov.

Danes se že tudi lahko reče, da ne reagirajo posamezne shicofrene oblike enako dobro na kardiocol. Najboljše uspehe dosega ta terapija pri stuporoznih in negativističnih*, najmanj pa pri hebefrenikih, dočim se pri katonosko-halucinatornih in paranoidnih oblikah bolje obnese insulin. Nekateri že poskušajo s kombinacijo obeh metod.

Učinek kardiocolovega šoka na krvne sestavine je simpatikotoničen (relativna leukocitoza z limfopenijo, pomaknitev hemograma v levo, zvečanje količine krvnega sladkorja). Torej je njegov efekt v tem oziru čisto podoben vplivu hipoglikemičnega šoka na humoralno-vegetativno dogajanje. Magena u spominja na to, da veže vse te terapevtične metode (pireto- in narkototerapija, insulinski šoki) med seboj neka »rdeča nit«, da je med njimi neka notranja skupnost nespecifičnih reakcij.

Ne smemo pa zmolčati, da ne gledajo vsi, ki so eno ali drugo metodo preizkušali, uspehov v tako rožnati luči kakor njuna spočetnika. Da doslej izračunani procenti remisij po insulinovi terapiji variirajo med 80% po eni in manj kot 20% po drugi strani — Langfeldt je ugotovil celo samo 12% dobrih remisij —, izvira verjetno iz neenotnosti v diagnostiki. Morda so nekateri mogli doseči tako visoko število remisij le zato, ker je bilo med njihovimi bolniki posebno dosti takih, ki bi bili tudi spontano, ali pa s pomočjo kake druge milejše in cenejše metode ozdraveli. Pozabiti se namreč ne sme, da se med akutnimi shicofrenimi psihozami pogosto skrivajo psihoze, ki ne spadajo v ožji krog shicofrenije, marveč so, kakor nadaljnji potek — pogosto šele čez mesece — pokaže, eksogene shicofrene reakcije ali reaktivno izzvane paranoidne psihoze. V akutnem stadiju jih diferencialnodiaognostično pogosto ni mogoče razlikovati od prave procesualne, »genuine« shicofrenije. Važno pa je, da je njih prognoza glede trajanja in izida itak dobra.

* V našem zavodu je bolnica, ki jo že od otroških let meče. Pred nekaj leti se je epilepsiji pridružila psihozo, ki je njen shicofreni značaj izven vsakega dvoma. Bolnica je drugače trajno povsem otopela, negativistična in nedostopna. Po vsakem epileptičnem paroksizmu pa se njen mutacizem za nekaj dni umakne še dokaj obilni, sicer pa že tipično shicofreno razkrojeni verbalni produkciji. Tudi psihomotorično je tiste dni kolikor toliko sproščena.

SPIROPROTASIN

Hitro in sigurno učinkujoči injekcijski preparat proti revmatskim obolenjem vseh vrst; vsebuje mlečno beljakovino in natrijev salicilat

ZAVITKI:

5 ampul po 2 ccm Din 68—
5 ampul po 5 ccm Din 76—

PERPROTASIN

Sredstvo, ki ga bo izbral okulist pri vnetjih oči, posebno pri iritidi in iridociklitidi iz mlečne beljakovine in strychnin. kakodyl.

ZAVITKI:

5 ampul po 2 ccm Din 64—
5 ampul po 5 ccm Din 72—

Klinični zavilki po 50 ampul

Vzorci in literatura brezplačno na zahtevo pri zastopstvu za Jugoslavijo:

„**B I O S A N**“

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

Jugoslavenko SIEMENS D. D., Odeljenje za medicinsko tehniko

Tyrševa cesta 35 a

LJUBLJANA

Tyrševa cesta 35 a

Zastopstvo za Slovenijo:
Ljubljana, Tyrševa 1a, Telefon
2102 (Wellej) in Ljubljana,
Trubarjeva 2, T. 2891 (Roblek)

Röntgen-naprave v vseh izvedbah; Diatermijski in ultra kratko-valovni aparati; splošna elektromedicina. Kompletne dentalne opreme in dentalne potrebščine. Celotna oprema za operacijske dvorane, laboratorije, praktičnega zdravnika. Mikroskopi, mikrotomi, projekcijski aparati; veterinarska oprema

KAPILARNI FENOMENI IN ANTIPHLOGISTINA

Omeniti je vredno, na kakšen način razširja Antiphlogistina milijone nežnih kapilarnih žilic pri kongestiji, bolečini in oteklini, jih številčno pomnožuje in v njih stopnjuje ozmozo.

Antiphlogistina odstranjuje z dolgo trajajočo toploto, zdravilnim vplivom in higroskopičnimi lastnostmi strupene snovi iz prizadetega mesta, medtem, ko mu dovažata reperativne celice in limfo.

ANTIPHLOGISTINE

POSPEŠUJE ZDRAVLJENJE

VZORCI IN LITERATURA BREZPLAČNO

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co.
NEW YORK U. S. A.

BRAĆA JOVANOVIĆ ENGLSKA DROGERIJA
KNEZ MIHAJLOVA ULICA 33, BEOGRAD

Ne terapija z insulinskimi šoki in ne metoda s kardiocolom nista doslej dokazali, da moreta vplivati bistveno na sam shicofreni proces. Po vsej verjetnosti kaj takega tudi ni pričakovati, Najsi pa že bo njuna usoda v bodočnosti taka ali taka, njun pojav je za psihiatrijo nov impulz v smeri znanstvene spoznaje in iskanja terapevtičnih možnosti.

(Nadaljevanje prihodnjič.)

Dr. M. KAMIN — Studenec

ZAPISEK K ŠERKOTOVI INVOLUTIVNI PARAFRENIJI

Psihiatrično delo Šerkotovo je še posebej odlikovala njegova skrbnost v diagnostiki. V dobi, ko je Bleulerjeva shicofrenija posrkala malone vse dotedanje diagnostične skupine in skupinice in je shicofrenija vse bolj in bolj postajala lonec, v katerega so metali vsako psihozo, ki je ni bilo mogoče prideliti drugi endogeni ali pa kaki organski psihozi, je Šerko budno pazil, da ni zašel v tako diagnostično zvođenost.

Kot svoječasní učencé Kraepelinov se je predvsem trudil, da bi uveljavil digniteto Kraepelinove parafrenije kot bolezenske enote. Tako je Šerko mimo Kleista, — ki pa izhaja iz druge šole —, verno in vredno nadaljeval napor svojega učitelja, da bi vse bolezenske oblike, ki ne končavajo z defektom, oddelil od shicofrenije.

Diagnostična bistroglednost Šerkotova se najbolje odraža v njegovi koncepciji involutivne parafrenije. Šerko je s tem opredelil v krogu parafrenih psihoz* še posebno bolezensko obliko, ki ji pritiče lastna simptomatologija. Prepričevalno je napram Kleistovi involutivni paranoji utemeljeval upravičenost naziva involutivna parafrenija iz čisto kliničnih, simptomatoloških razlogov, ki niso bili samo negativno kritični napram Kleistu, marveč v polni meri pozitivno konstruktivni. Svojo pomembno publikacijo** končuje s skromnostjo, vredno resnega klinika: «Če torej govorim o involucijski parafreniji kot posebni bolezenski obliki, ne rečem s tem, da ima ta bolezen, vzeta kot celota, za podlago specifičen in samo njej svojski bolezenski proces, tudi ne, da predstavlja morda samo različico občnega parafrenega procesa; nasprotno, ta psihoza je za me, kakor vsaka druga, značilen konglomerat elementarnih kompleksov, kot posamičnih procesov, ki so po svoji pretežni množini soudeleženi tudi ob zgroju drugih bolezenskih oblik, vendar pa v drugačnih razmerah in drugačni zaporednosti. S tem pa nočem reči, da bi zbog tega ne šla tej bolezni vrednost svojske bolezenske oblike.»

Ne smemo pa zamolčati, da današnja psihiatrija že dober čas ne priznava več parafrenije za samobitno psihozo. Že nekaj let po Šerkotovi publikaciji o involutivnih parafrenijah je Wilhelm Mayer s katamnističnimi ugotovitvami pokazal, da se je pri bolnikih, ki je bila njih psihoza prvotno diagnosticirana kot parafrenija, razvijala bolezen naprej v smislu prave shicofrenije.*** Pozneje so tudi genealoško učvrstili, da parafrenije ni mogoče principiélno ločiti od shicofrenije, prav tako kakor pripada shicofrenemu krogu n. pr. predsenilna ukrajitvena blodnjavost ali pa pozna

* Mimogrede naj povem, da je prvo idejo nove diagnostične enote — ravno parafrenije — sprožil Šerko in jo je Kraepelin od njega privzel.

** Die Involutionenparaphrenie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog., 45, 1919.

*** W. Mayer: Über paraphrene Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr., Bd 71 (1921).

katatonija. Tako prevladuje dandanes mnenje, da je prištevati parafrenije v Kraepelinovem smislu k paranoidnim shicofrenijam. Naziv parafrenija se zdi dandanes odvišen, češ da tudi sicer ne uporabljamo v diagnostiki za različne razvojne stopnje iste bolezni različnih imen.

Šerkotu so bila seveda ta dognanja in mnenja znana. Ni se pa vdal, marveč se je pripravljaj, da bi svojo tezo kot znanstvenik trezno dokazal. Prav nič ne dvomimo, da bi to bil zrel poskus, ki bi mu tudi uspeh ne bil izostal, če bi prezgodnja smrt ne bila skočala samorodnega psihiatričnega dela Šerkotovega.

Dr. KANONI — tč. München

NEKAJ BEŽNIH VTISOV IN MISLI Z RÜDINOVEGA PREDAVANJA O DUŠEVNIH BOLEZNIH, NJIH INDIVIDUALNEM ZDRAVLJENJU TER PREPREČENJU

Ko je že našlo pri nas več nekritičnih kot kritičnih besed o današnji nemški rasno-higienski* politiki in še posebej o nemški rasno-higienski zakonodaji svojo pot v javnost, naj se oglasim še jaz s skromno besedo. To tem lažje, ker zrem temu delu sleherni dan v oči, n.pr. na psihiatrični kliniki prof. Bumkeja, pa še kje drugod.

Za danes naj skušam podati nekaj tozadevnih misli, ki jih je izrazil prof. dr. Rüd in, ravnatelj Kaiser-Wilhelm instituta za genealogijo in demografijo nemškega zavoda za psihiatrijo v Münchenu pred široko javnostjo. Tu in tam naj dopolnim kako misel z besedami tukajšnjih vodilnih strokovnjakov, kot so n.pr. prof. dr. Bumke, prof. dr. Luxenburger. Sam pa naj ostanem s svojim mnenjem čimbolj zadaj, da ne motim objektivnosti slike.

12. januarja ob 8. uri zvečer je bila velika dvorana monakovskega biološkega instituta pravcato mravljišče ljudi. Prof. dr. Rüd in je napovedal za ta čas svoje predavanje o duševnih obolenjih, njih individualnem zdravljenju ter preprečenju. Predavanje torej ni bilo namenjeno samo za zdravniški forum, ampak še s posebnim naglasom za široko javnost. Mogoče bodo zato misli s tega predavanja še bolj plastične kot tudi vtisi. In ker sega nemška rasno-higienska politika s svojim delom tudi v duševnost poedinca, ga n.pr. v slučaju kake take hibe ali bolezni, kot jih navaja § 1. «nemškega zakona o zaščiti pred dedno bolnim potomstvom», po potrebi tudi proti njegovi volji ojalovi, le tu pa tam s posebnim razlogom mesto tega trajno internira, ga n.pr. v primeru posebno pozitivnih rasno-higienskih odlik moralno in materialno v «narodni skupnosti» privilegira, ga za cilje rasno-higienskega programa na ta ali oni način mobilizira, potem ni čudno, če je našlo predavanje tako živ interes v tukajšnji javnosti.

Precej rjavih in drugih uniform je bilo med poslušalci. Žensk vsaj toliko kot moških. Obrazi mladi kot tudi stari. Z njih je tukaj precej težko čitati socialni položaj. Pa mislim, da je bilo tudi dokaj delavskih med njimi. Z večine pa so dali publiki svoj ton intelektualci. Poleg mene je sedel prileten gospod v bolj ponošeni obleki. Tu in tam je švignil z živim pogledom po dvorani in se zadovoljno nasmehnil. Čez čas so segli njegovi dolgi in koščeni prsti v žep in položili na klop kos papirja s svinčnikom. Tudi jaz sem storil

* Rasna higiena in evgenika pomenita tu v Nemčiji eno in isto.

isto. Napisal sem naslov predavanja in datum, pa opazil, da je njegov pogled uprt v moje črke. To me je zbudilo. Sklenil sem, da ga «legitimiram». Par premetenih opazk. Gospod poleg mene je psihiater, Kraepelinov učenec. Zadovoljen sem bil, da ni štedil jezika, pa je med drugim dejal: «Psihijatrija v Nemčiji ni v slepi ulici, hodi svojo odprto in ravno pot, svesta si je svojih nalog in še onih v okviru rasno-higienske politike...» Še par besed in že je v dvorani grobna tišina. K pultu koraka prof. Rüdin. Sproži desnico v pozdrav Hitlerju in nato tudi vsi v dvorani strumno, istočasno kot eden. Oči vseh so sedaj uprte v markantno osebnost. Visoko in krepko raščena postava z živahno mimiko in gestiko. Glas poln in prijetno moduliran. Ko išče po krepkejši besedi, nagne glavo daleč nazaj, seže z roko v šop dolgih in sivih las, tu pa tam v osivelo brado. Polna plastika njegovega obličja se zgublja v visokem, le malo nagubanem čelu.

Prve besede so namenjene preciziranju pojmov individualne ter rasno-higienske ali nadindividualne terapije. S par primeri ilustrira delokrog individualne terapije in njen pozitivni efekt, n. pr. v primeru gotovih infekcijskih bolezni (tifus, sifilis), kjer se raztegne pomen zdravljenja poedinca že tudi na njegovo okolico, jo z ugonobitvijo infekcijskega vrela očuva bolezni. To ocvanje se manifestira časovno na dva načina: 1. v časovnem prečnem rezu (der zeitliche Querschnitt), n. pr. pri zdravljenju tifusa, 2. v časovnem vzdolžnem rezu (der zeitliche Längschnitt), n. pr. pri zdravljenju luesa. V teh primerih torej seže efekt individualne terapije iz kroga poedinca istočasno že v krog njegove okolice in se v drugem primeru časovno šele kasneje v njem afirmira. Individualna terapija pri gotovih obolenjih, ki so pretežno dedna, bolj ali manj odpove. Tukaj reši situacijo rasno-higienska, nadindividualna terapija. Obe pa morata delovati skupaj, in sicer tako, da «oblečemo individualno v rasno-higiensko obleko».

Sedaj preide predavatelj k opisu glavnih duševnih bolezni in njih razporeditvi v dve veliki skupini: 1. v prvi skupini so ona obolenja, katerih vzrok za njih nastanek leži v okolju, ne v genotipu; 2. v drugi skupini so pa ona obolenja, kjer igra okolje bolj ali manj postransko vlogo, zato je pa bolezen več ali manj le manifestacija bolne dedne osnove.

Seveda je taka kategorizacija duševnih bolezni na principu te alternative do kraja ozkosrčna in nasilna in spada že v preteklost. Predavatelj se je poslužil tega nasilnega razporeditvenega («aut-aut») principa zgolj iz formalnih razlogov, da je spravil pod eno streho tiste bolezni, ki jih navaja § 1. Zakona o zaščiti pred dedno bolnim potomstvom in jih tangira sterilizacija in da je široki publiki omogočil vsaj bežen vpogled na področje duševnih obolenj, je moral vrezati vanj le eno ravno pot, da vidi, kaj je na desni, kaj na levi.

Da upravičim in potrdim svoje mnenje, je neobhodno potrebno, da poiščem pomoči pri znamenitem Rüdinovem sodelavcu prof. Luxenburgerju, pa citiram bolj obsežno nekaj tozadevnih misli iz njegovega odstavka o evgeniški profilaksi, ki se nahaja v najnovejšem Bleulerjevem učbeniku psihijatrije iz leta 1937. Tako govori med drugim:

«Ni še mnogo časa od tega, ko smo bili mnenja, da je moči o patologiji alternativno ločiti dedna obolenja od nedednih. Edini vzrok za dedna obolenja smo videli v bolni dedni osnovi, edini vzrok za nededna pa v katerikoli vplivih zunanjega okolja. Shematično smo si to predstavljali takole:

naziv: dedna obolenja	— nededna obolenja;
vzrok: bolna dedna osnova	— zunanje okolje;
primer: hemofilija	— šarlah.

Ščasoma smo spoznali, da je treba računati še z vmesno stopnjo, namreč z obolenji, pri katerih igra pač zunanje okolje odločilno vlogo, njegovi učinki pa dovedejo do obolenja, če so zadeli na odgovarjajočo nagnjenost, naklonjenost. Tako naklonjenost smo nazivali, če nam ni bila poznana, kot dispozicijo, če pa smo bili uverjeni, da jo poznamo, kot konstitucijo. Pravilno je bilo o tem pojmovanju, da smo vrednotili pomen osnove tudi pri nedednih obolenjih, napačno, da smo pustili veljati bitni razloček med dedno osnovo in dispozicijo, pa tako ni bilo moči spraviti celokupne patologije v enoten, na dedno osnovo in okolje zgrajen sistem. Spoznali smo sicer, da ni bilo moči ostati pri alternativni: dedna obolenja ali nededna, morali pa smo se zadovoljiti s konstrukcijo tretje možnosti, ki je pa ni bilo moči vnesti organsko v dosedanji sistem, čeprav je imela oprijemna mesta z obema alternativama..., med njunima obsegoma je bila corpus alienum. Stvar je izgledala takole:

naziv: dedna obolenja — nededna obolenja
konstitucijska
nekonstitucijska obolenja;
vzrok: dedna osnova — dispozicija ali konstitucija — zunanje okolje;
primer: hemofilija — arterioskleroza — ošpice.

Osnovna napaka tega novega sistema leži v tem, da povleče novo skupino le v obseg nedednih obolenj, obseg dednih pa pusti pri miru.»

«Genetika je zavzela, zaslepljena od gotovih navidezno enostavnih faktorjev v eksperimentalni genetiki — ki so se medtem izkazali kot kaj malo enostavni — in nadražena po odklonilnem ali vsaj skeptičnem zadržanju klinike, napram vsem dednostnobiološkim vprašanjem radikalno stališče, ki ga pa ni bilo moči trajno obdržati. Kajti nič na svetu ni okamenjeno v «Entweder-Oder», vse teče v strugi «Sowohl-als-auch» k onemu velikemu izenačenju, ki ga imenujemo urejenost življenja in ki ga občutimo kot resnico, če zastavimo v njem cilj našega stremljenja po urejenosti. Tako je moči danes smatrati postojanke, ki se jih nekdanj nikakor ne bi pustilo žrtvovati, kot izpraznjene. Mi vemo, da igra okolje tudi pri dednih obolenjih poleg dedne osnove svojo vlogo, in sicer vlogo pravega vzročnega faktorja. Tako je bilo moči spraviti celokupno patologijo v ravno tako enostaven kot smiseln sistem. Sleherno obolenje nastane kot izid skupne igre dveh vzročnih skupin: ena skupina je dedna osnova, ali bolje vse ono, kar se deduje: genotip, dedni sestav torej, druga skupina je okolje.»

«Le osnove so dedne, lastnosti ne. Prav za prav torej nimamo opravka z dednimi obolenji, ampak le z dednimi vzročnimi skupinami v vzročnosti obolenj. Obolenja sama so rezultat reakcije dednega sestava, genotipa na okolje... Še enkrat naj naglasim, da pripada okolju (zunanjemu) vloga pravega vzročnega faktorja in ne samo vloga «eines auslösenden Momentes». Spoznanje tega fakta pomeni ključ za pravilno razumevanje psihiatričnega dednostnega raziskavanja in njegovih rezultatov. Momentov, ki bi izzvali («auslösende Momente») duševne dedne bolezni, ni, pač pa so zunanji vzročni faktorji, ki sodelujejo pri njihovem nastanku... Okolje porazdelim takole:

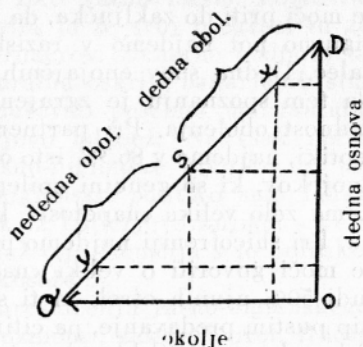
s fenotipičnega vidika: notranje okolje — zunanje okolje;
substrat: celokupni dedni sestav — cytoplasma — zunanji svet;
z genotipičnega vidika: okolje dednega sestava — paratipično okolje.

«Raziskavanja dvojčkov in familij nam omogočajo danes ločiti učinkovanje zunanjega okolja od učinkovanja notranjega okolja in omogočajo

tudi povleči meje med vlogami okolja dednega sestava in paratipičnega okolja pri nastanku obolenja... Ko smo že dali slovo rigidnemu «Entweder-Oder» stališču, ko smo pripoznali, da predstavljajo vplivi, učinki okolja ravno tako kot dedna osnova prave vzročne faktorje dednih obolenj, potem ni nobenega vzroka, da bi morali misliti, da se ni moči očuvati dednih obolenj in da niso ozdravljiva...»

Tako torej prof. Luxenburger! Predno pa se vrnem nazaj k predavanju, naj podam še dinamično ponazoritev njegove sheme patologije. Pomaga si s koordinatnim sistemom, ki mu predstavlja sistem sil. V njem se naj odigravajo poljubna obolenja. Abscisa mu predstavlja vlogo okolja (zunanjega), vzročne skupine okolja. Ordinata mu predstavlja vlogo dedne osnove, vzročne skupine dedne osnove.

Na premico D—O lahko nanizamo ta ali ona obolenja. Tako bi našli pri D (na polu dedne osnove) obolenje, čigar koordinata okolja bi bila v tem primeru enaka O, pa bi bilo to obolenje nastalo izključno le na podlagi dedne osnove. Nasprotno pa bi našli pri O obolenje, čigar koordinata dedne osnove bi bila v tem primeru enaka O in bi bilo to obolenje nastalo le na podlagi okolja. Ti dve točki sta pa le idealni, v resnici ju ne zaseže v patologiji prav nobeno obolenje. Na sredini premice, pri točki S, kjer sta koordinati okolja in dedne osnove enako veliki, bi našli obolenje, pri čigar nastanku sta igrala dedna osnova ter okolje enako pomembno vlogo. Med D in S lahko nanizamo točke — tako n. pr. x —, kjer je koordinata dedne osnove večja od one okolja; med S in O — n. pr. pri y — je pa stvar ravno nasprotna. Z drugimi besedami: Med D in S si lahko mislimo ona obolenja, kjer igra pomembnejšo vlogo dedna osnova, pa nazivamo ta obolenja kot dedna, med S in O obolenja, kjer igra okolje glavno vlogo, dedna osnova pa le podrejeno.



Sedaj se pač lahko vrnem k samemu predavanju. V skupino obolenj, katerih vzrok leži v okolju, šteje predavatelj sledeče:

1. Alkoholne psihoze in morfinizem. V Nemčiji pride v zavodno oskrbo na leto okrog 5000 takih primerov.

2. Sifilitične psihoze. Govori o progresivni paralizi in luesu lobanjskega mozga ter podrobneje o njihovem zdravljenju. 7400 primerov sprejmejo na leto nemški zavodi v oskrbo.

3. Traumatične poškodbe lobanjskega mozga.

4. Simptomatična obolenja: n. pr. pri marantičnih stanjih, intoksikacijah, vročinskih obolenjih, encephalitis epidemica, ki pošlje okrog 1080 bolnikov na leto v zavodno oskrbo.

5. Kretinizem. Eksperimentalno je dokazano, da je moči smatrati kot glavni vzrok tega obolenja radioaktivno emanacijo.

6. Abnormne psihične reakcije, ki jih je pa moči z večine najti le pri konstitucionalno abnormnih, pa igra pri njih dedna osnova tudi svojo vlogo. Povprečno 7070 takih primerov je sprejetih letno v nemške zavode.

7. Arterioskleroza lobanjskega mozga povzroča gotove duševne anomalije. Povprečno 15.145 takih primerov sprejmejo nemški zavodi na leto v svojo oskrbo.

8. Seksualne anomalije. Tudi ekscesivna masturbacija ne more povzročiti duševnih bolezni, ampak je ta lahko le simptom nastopajočih duševnih bolezni.

Ko obrazloži predavatelj običajne terapevtske ukrepe pri teh poedinih obolenjih, porabi priliko, da se pomudi za čas pri opisu nalog individualne ter nadindividualne, rasno-higienske terapije. Slednja stavlja poedina pogosto pred naloge, ki jih zmore le, če je prežet z vzvišenimi, altruističnimi čuti. Nacionalni socializem hoče, da se rasna higiena nemoteno razvija. Kjer vlada surova narava, tam je na delu selekcija. Slabejši, šibkejši podleže, le krepek, zdrav organizem se uveljavi v njej. Vse kulture pa «povlečejo s seboj» tiste, ki bi jih surova narava iztrebila. Med njimi so dedno duševno bolni in slaboumi. Tako preidemo sedaj k tej skupini.

V nemških zavodih je interniranih okrog 60.000 epileptikov, 80.000 shicofrenikov, 20.000 manično-depresivnih, 60.000 oligofrenikov. Te bolezni so hudo dedne. Sedaj skuša predavatelj pokazati, spoznati pota, po katerih je moči priti do zaključka, da je bolezen dedna in pa v koliki meri je taka. Sigurno pot najdemo v raziskavanju dvojčkov. Ta pot nas vodi najbolj daleč. Dedna snov enojajčnih dvojčkov je enaka, dvojajčnih pa različna. Na tem spoznanju je zgrajena diferencialna metoda, ki omogača dognati dednost obolenja. Pri partnerjih enojajčnih dvojčkov, ki so genuini epileptiki, najdemo v 86,3% isto obolenje, medtem ko pri partnerjih dvojajčnih dvojčkov, ki so genuini epileptiki, le v 4,3%. Tu vlada med obema številka zelo velika «napetost», ki ravno pomeni, da je ta bolezen močno dedna. Pri shicofreniji najdemo po isti poti številki 68,5% in 14,9%. Tudi tukaj je moči govoriti o veliki «napetosti». Če sta oče in mati shicofrenika, je tudi 50% njunih otrok in ti so «erblich unerwünschte Volksgenossen». Za hip pustim predavanje, pa citiram sledeči stavek prof. Luxenburger-ja: «Die Erkrankung an Schizophrenie ist erblich bedingt, unterliegt aber erheblichen Manifestationsschwankungen. Der Zeitpunkt der Manifestation wird wahrscheinlich durch die innere Umwelt reguliert, so zwar, dass diese hemmend auf das Bestreben der Anlage wirkt, sich im Erscheinungsbild durchzusetzen». Dednost igra veliko vlogo pri oligofrenikih. Na njen račun jih odpade kar 80%. Profesor Bumke je dejal pred nekaj dnevi študentom: «Še pred nekaj leti sem koncediral le nekaj procentov, danes že 80% na račun dednosti...» Vsemu temu je treba napraviti konec, je izjavil predavatelj, če nočemo, da «pride narod na psa». Pri tem nas navdaja z grozo padec rojstev. To je «Geburtenstreik». Ravno tako se izraža prof. Bumke. Pred dnevi sem čul iz njegovih ust: «Če se ne zaustavi ta padajoča krivulja, potem nam tudi zakon o zaščiti pred dedno bolnim potomstvom ne bo nič pomagal.» V njegovem učbeniku (1936. leta) psihiatrije pa lahko čitamo na str. 126: «Die grösste und ursprünglichste Gefahr, die uns bedroht, ist aber im Geburtenstreik und damit im Aussterben unseres ganzen Volkes gelegen. Warum müssen wir denn heute mit viel grösseren Recht als noch vor 20 Jahren von einer verhältnismässigen Zunahme geistiger Störungen sprechen? Doch nur, weil sich die Gesunde nicht hinreichend fortpflanzen und diese Aufgabe in steigenden Masse den Minderwertigen, den Schwachsinnigen, Säufnern, Verbrechern und schliesslich auch den Kranken überlassen.» S tega vidika lahko približno razumemo Rūdinove poslednje besede in še sledeče: Ne sme biti torej nobene opozicije proti rasno-higienskim ukrepom! Ta je velika v inozemstvu. Tega so krivi v glavnem različni svetovni nazor. Pri izvajanju sterilizacijskega zakona se ne moremo posluževati demokratičnih metod in čakati, kdaj se bo odločil shicofrenik prostovoljno

za steriliziranje. Sicer pa vlada v inozemstvu le: «Scheineugenik». Sterilizacija iztrebi bolno dedno maso na humanitaren, surova narava pa na brutalen način! Delovanje sodišč za dedno zdravje je brezhibno! Koristi sterilizacijskega zakona bodo žele bodoče generacije. Moramo biti zvesti tradicijam svojih prednikov, svoji rasi in moramo izročiti bodočim generacijam zdravo dedno maso! Sterilizacija ni kastracija. Dane so vse garancije za zaščitno poedinca. Zakon z dne 18. oktobra 1935 pa naj prepreči vstop v zakonsko življenje zlasti onim, ki so označeni kot težki psihopati, ki so asocialni, kriminalni, nadalje onim, ki so preklicani ter onim, katerih duševne bolezni so nastale na podlagi zunanjega okolja, dokler njih bolezen traja. Omeniti je še prekinitve nosečnosti po evgeniški indikaciji, ki jo je moči izvesti v primeru, če je sterilizacija gravidne žene že sklenjena stvar, če privoli v to tudi ona sama, če sam posežek ne ograža njenega življenja ali zdravja in če nosečnost še ni presegla šestega meseca. Vsi ti ukrepi pa spadajo v okvir negativne («ausschaltende») rasne higijene, ki ji pripada v populacijski politiki — momentano vsaj — zelo važno mesto. Pozitivna rasna higiena pa je seveda še važnejša. Razvila je že svoj program in ga začela tudi dejansko izvajati. Tu le nekaj primerov. Denarne podpore za družine s številnimi otroci. Materijalna in moralna oskrba nadarjenih študentov. Različna privilegiranja telesno in duševno posebno markantnih. Posebno skrb države za organizirano Hitlerjevo mladež. Na vsak način pa čakajo državo na področju pozitivne rasno-higienske politike še velike dolžnosti. Toda že na negativno rasno-higiensko politiko smo lahko ponosni. Predavatelj citira tozadevno odstavček iz Hitlerjeve knjige: «Mein Kampf». Največjo revolucijo je doživela in doživlja Nemčija s to politiko, ki bo obličila bodočnost. Njen korak je dalekosežen.

S pozivom: «Vsak je dolžan pripomoči k uresničenju rasno-higienskega programa, bodite prežeti z življenjskim optimizmom», zaključil prof. Rüdin svoje dolgo predavanje.

Stanovski vestnik

Dr. Črnič Mirko, Maribor

OSNOVE STANOVSKEGA REDA IN NAŠA ZDRAVSTVENA SLUŽBA

Letošnja skupščina za dravsko banovino bo v znamenju zgornjih dveh zadev. Naše zdravstvo nasploh pa tudi naš zdravniški stan je treba dvigniti duhovno in duševno in ga rešiti iz globeli, v katero neizprosno jadra. Da bi se letošnja skupščina tega zavedla in bila na višini in ostrini tega spoznanja, v ta namen objavljam te vrste kot uvod k razpravi o svojem načrtu sodobnega stanovskega reda.

Predvsem moramo pojasniti zmoto upravnega odbora Zdravniške zbornice, ki v svojem odgovoru (Glasilo št. 7-8, 1937) na moj članek v Zdravniškem vestniku št. 8-9/1937, trdi: «Stanovski red pa je bilo treba sprejeti, ker ga Zdravniška zbornica

za dravsko banovino še ni imela in ga je Kr. banska uprava že večkrat ponovno urgirala.»

Stanovski red zdravniške zbornice za Slovenijo je sprejela glavna skupščina dne 19. marca 1924. in je natisnjen v Glasilu leta 1924. na straneh 37—41.

Druge bistvene zmote — nebstvene puščam v némar — so obsežene v njegovem odgovoru na moj članek, objavljenem v «Jutru» 31. oktobra 1937 in v Zdr. v. št. 11/1937.

Prva zmota je, da lanski stanovski red ne ogroža interesov občinstva, nasprotno, da jih še bolj ščiti.

Lanski stanovski red odpravlja vse službene in znanstvene označbe zdravnikov, s čimer oteškoča najsvakdanjejšo orientacijo občinstva, ki vendar mora vedeti, kateri zdravnik je pristojen za te in kateri za druge zdravstvene posle, ob-

enem pa onemogoča občinstvu, da si v svoji muki izbira pomočnika po svojem prevdarku in po svojih sredstvih. Dokler imajo take označbe kolegi v sosednjih banovinah in državah, jih mi ne moremo in ne smemo opustiti, če nečemo škodovati občinstvu in sebi. Isto je s prepovedjo objavljenja, da imamo te in one zdravilne pripomočke, ter s prepovedjo, da se domenimo z bolniki za pavšalno odškodnino. Vse to so stvari, ki so vsakemu uvidenemu očesu jasne kot nevzdržljive, nemo-goče, nesmiselne.

«Etična stran zdravniškega poklica ni predmet razprave v stanovskem redu.»

Na to trditev upravnega odbora mora človek vzklikniti: «Kaj pa je potem predmet razprave v stanovskem redu?»

Zakon o zdravnikih našteva dolžnosti in opisuje pravice zdravnikov. Da se ta zakon izvršuje, nad tem čuva državna oblast. Stanovski red pa je prvotno in tudi še dandanes v marsičem napisana postava, tradicija, «skrita kamrica» bi rekel Cankar. To postavo daje stanovska oblast, zdravniška zbornica. Zakon o zdravnikih in stanovski red sta dve žarišči, katerih prameni se sečejo in prepletajo, prvo je državna, policijska, drugo stanovska, etična postava.

Kaj nam pove konkretni primer?

Operater najde pri operaciji, da je slepič gnil, počen, z gnojnim vnetjem trebušne mrene. Povprašuje ugotovi, da je bil klican zdravnik že pred tremi dnevi, da pa ni smatral za potrebno poslati bolnika k operaciji niti ne klicati na posvet kirurga. Operiranec kljub operaciji umre. Obducenti v Sloveniji so po ne vem kakšni logiki mnenja, da je kriv smrti operater oziroma tisti, ki je dal bolnika operirati! In vendar je slepču jasno, da je operaterjeva dolžnost poskusiti prav vse, da pomaga in reši! Na drugi strani pa, da obducentu, ki po statistikah v Nemčiji vidi samo 5 % obolelih na slepiču (namreč samo tiste, ki umro), pri nas pa niti toliko ne, ne gre sodba o upravičenosti ali neupravičenosti operacije. Zdrava pamet pravi, da tu nekaj ni prav. *Errare humanum est*, plašč čez prvega zdravnika, če se to pojavi enkrat. Kaj pa, če je to nemarnost, lahkomišelnost, sistem? Ali naj kirurg krije tako postopanje v nedogled? Zakon o zdravnikih, zdravnikova prisega in zdrava pamet vevajajo, da mora vsak zdravnik postopati po sodobnih dognanjih zdravniške vede in umetnosti, ki slej ko prej zahtevata, da spada vneti sle-

pič pod nož, in ki obenem dajeta navodilo, da je treba k vsakemu bolniku s hudimi trebušnimi znaki klicati kirurga, če mu po nekaj urah miru in posta ne odleže. Zdravnik je zanemarljivo svojo dolžnost, kirurg je še poskusil rešiti, žal brez uspeha, žrtev je tu. Kaj naj zdaj sledi? Tu se pojavi stanovski red in veli: «Prepovedano je kritizirati v navzočnosti nezdravnika delo drugega zdravnika.» In nazadnje pride še slovenski obducent, oznanjujoč, da je krivec operater!

Kje je v takih primerih, ki nikakor niso bele vrane v življenju kirurga, meja med zakonom in zdravo pametjo ter med zdravniškim etosom? Po zakonu in zdravi pameti je kirurgova pravica, če se to dogodi večkrat, pa dolžnost, da poskuša napraviti red, zdravniški etos in stanovski red pa mu to zabranjujeta. In tako prihajamo iz ene neverjetnosti v drugo, od zdrave pameti v pravo pravcato patologijo.

Ali nam ne dokazuje ta primer nazorno, kakó zelo spada etična stran zdravniškega poklica v stanovski red.

Naposled mi odgovarja upravni odbor, da «Zdravniška zbornica ne smatra za umestno, da se javno polemizira o takih in podobnih stanovskih zadevah».

To mnenje čujem večkrat, zato ne bo nápak, če se malo ustavimo pri njem.

Da ima javnost pravico vedeti, kakó je z zdravniki, kakšne so njihove pravice in dolžnosti, da-li korakajo vstric s sodobno zdravniško vedo in umetnostjo, o tem menda ni nikjer dvoma. Tudi o tem ne, da je treba javnosti pojasniti, zakaj ni več vidna službena in znanstvena diferenciacija zdravnikov, zakaj ne more več iz razglasov in zdravniških tabel razbrati, kakšne zdravstvene pripomočke imamo slovenski zdravniki, dočim to lahko izve v sosednjih banovinah in v inozemstvu. «Kje so vzroki za ta nenavadni preokret in kaj ga je povzročilo?», to vprašanje je upravičeno, pa če je komu prav ali ne. Zdravniški poklic namreč ima dva tečaja: eden je zdravnik, drugi je bolnik. Zdravnik ima svoje pravice in dolžnosti, prav tako pa ima tudi bolnik svoje! Nikdar ne smejo niti pravi, kaj šele namišljeni zdravniški interesi ogrozati tega, kar je bolnikovega! Osnovni princip zdravnika je: pomagati vselej in povsod vsakomur, nikdar pa se ne dati od nikogar izrabljati. In osnovna pravica bolnikova: zdravje in pomoč! Da-li so zdravniki sposobni opravljati v redu svoje zvanje,

TEMPO — ROBCI — TEMPO

GG. ZDRAVNIKI! Rabite sami in priporočajte svojim bolnikom Tempo robce: Edina res uspešna profilaksa nahoda, gripe in sličnih obolenj. Rabljen robec — v ogenj! Zahtevajte vzorce! Zavitek (18 robcev) din 6.—, z mentolom impregn. din 7.—

DROGERIJA ADRIJA
LJUBLJANA, ŠELENBURGOVA ULICA ŠTEV. 7

Radio-Therma, Laško

Odprto celo leto

Radiotermalne kopeli 37.5° C. Elektroterapija, ogljikokisle in kisikove kopeli, masaža in dietetično zdravljenje. — Najučinkovitejše zdravljenje ishijasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, rekonvalescenca, znižanje krvnega tlaka i. t. d.

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

Za rentgenske posnetke uporabljajte samo

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

KEMIKALIJE:

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

DOBRNA PRI CELJU

396 m NAD MORJEM

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

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

ZAHTEVAJTE PROSPEKTE!

VILA MIRA

**SOLINE
PRI
MAKARSKI**



INFORMACIJE
DAJE:

VILA MIRA
BAŠKAVODA
SOLINE
(VIA SPLIT)

V enem najlepših zalivov Dalmacije leži to idilično morsko kopaljšče, daleč od vsega vrvenja in, vendar v prometnem oziru zelo lahko dostopno. Borov gozd sega prav do plaže. Vsem, ki so željni in potrebni počitka, ta kraj kakor tudi „Vilo Miro“ najtopleje priporočamo

Cena Din 50.—
za osebo

Kopaljščna taksa Din 2.— dnevno

ali so njihove dolžnosti in pravice jasne njim samim in občinstvu, kaj jih v njihovem poslu bodri in dviga in kaj tlačí in hromi, vse to je treba javno razglasiti prav posebno tedaj, če se do zdaj uveljavljeno zruši in uvede novo. Zaradi tega javno razpravljanje o zdravniškem stanovskem redu nikakor ni neumestno, kakor ni neumestna javna razprava o šoli in njenih osnovah! Sonce javnosti bistri in razkužuje tu in tam!

Po teh splošnih ugotovitah prihajam na nekatere navidezne novote v svojem načrtu. Menda najtrši oreh bo zadeva glede služb. To stvar vlečemo že devet let, ko je to zadevo dne 23. oktobra 1929. načelno rešil minister za narodno zdravje Sbr 45200 (gl. Glasilo 1954, št. 5, str. 57/58), pa še do danes ni izvršena.

Ko sem že bil odposlal svoj načrt Zdravniški zbornici, sem dobil Glasilo št. 7-8/1956, kjer je na strani 105. tudi poročilo o izpremembah in dopolnitvah k Zakonu o zdravnikih. Tu čitam, da «zdravnik v državni službi more imeti poleg svoje stalne službe samó eno honorarno». Ali ni ta izprememba spet izigravanje starih določb, ki vele, da pravilo o samo dveh službah velja ne samó za bolnišnične zdravnike nasploh in po odloku ministra za železnice tudi za one zdravnike, ki so zaposleni pri bolniškem fondu, marveč po razlagi ministra socialne politike in narodnega zdravja z dne 28. februarja 1951 Sbr 9574/28 tudi za privatne zdravnike, t. j. take, ki niso ne v državni, ne v samoupravni službi.

Dalje berem v istih predlaganih izpremembah: «Profesorji in docenti univerze, upravniki bolnic in šefi bolničnih oddelkov, kakor tudi načelniki VI. oddelka Kr. banskih uprav poleg državne službe ne smejo imeti nobene honorarne.»

Moj načrt govori o stalni službi s pravico do pokojnine in o tem, da, kdorkoli ima táko, ne sme imeti nobene druge! To utemeljujem s kolegialnostjo, s socialno pravičnostjo in z nezdržljivostjo služb, ker pride sicer več kompetenc v ene roke, kar je v normalnih razmerah nedopustno. Zdaj, po doznani predlagani mi izpremembi, vidim, da je treba dodatka. Po nameravani izpremembi bodo imeli profesorji i. dr. dve pravici (stalno službo in privatno prakso), njim podrejeni pomožni zdravniki pa tri (stalno službo, privatno prakso in po eno postransko službo). To je nevzdržno! Profesorji in docenti na univerzi in šefi bolničnih oddelkov mo-

rajo imeti privatno prakso, ker je to v interesu občinstva, ki ima pravico zahtevati njihovo mnenje in njihovo pomoč, ker se zaveda, da so zdržema sredi svoje stroke, in na drugi strani, ker morajo nekje dobiti sredstva za svoje strokovno napredovanje. Tudi to je treba naglasiti pri nas, ker to pozabljuje tisti, katerih dolžnost bi bila, da ravno na take stvari ne pozabijo, če hočemo imeti strokovnjake na strokovnih mestih! Pomožni zdravniki pa naj imajo po eno postransko službo, privatne prakse pa ne! V ta namen je treba razširiti § 25 Zakona o bolnišnicah, ki govori o prepovedi privatne prakse samo tistim pomožnim zdravnikom, ki so sekundarji, na pomožne zdravnike nasploh. Potlej šele bo ta zadeva pravična, ker bodo šefi izenačeni s svojimi pomočniki; službeno smotrna, ker čas za postransko službo se dá točno določiti, za privatno prakso pa ne; občinstvu v korist, ker bo imelo za svoje potrebe v profesorjih, docentih in šefih bolničnih oddelkov res strokovnjake.

Razprava o teh določbah bo menda najvalovitejša na skupščini. Beati possidentes bodo za status quo, kolegi praznih rok za radikalizem. Kdo bo zmagal? Kje bo večina? Ali na strani razumne razdelitve in socialne pravičnosti, ali na strani raznih zvez in golega naključja? Drugod so to stvar že izvedli v prvem pravcu, dočim jo pri nas izigravamo že skoro devet let.

Kot popolno novoto v svojem načrtu naj tu omenim še ono z inozemstvom. Že na skupščini leta 1934. (Glasilo 1934, str. 46/47) sem prodlr s predlogom, da inozemski konziliarji ugotové zgolj obolenje in določijo način zdravljenja, zdraviti pa ne smejo, ker je to pravica zgolj zdravnikov državljanov. V svojem načrtu grem nekoliko dalje, to pa zaradi tega, ker je Slovenija ena sama nepretrgana meja in po svoji preteklosti teži še danes zdravstveno v inozemstvo, in to ne le po bolnikih, marveč nič manj tudi po zdravnikih. Tu je treba izprememb, če hočemo izboljšati svoj položaj. Če si ne bomo pomagali sami, nam ne bo prav nihče! V načrtu samem so razen novot tudi določila, ki glede svoje navidezne humanosti odnosno nehumanosti vzdrže vzporedbo z določili drugih stanov, ki tudi drže svoje postojanke in jih branijo proti vsakomur.

Toliko se mi zdi potrebno povedati že pred razpravo o svojem načrtu in njegovih pravih.

O enotnem slovenskem zdravniškem društvu

V kratkem se bodo vršili občni zbori večine zdravniških društev in zdravniške zbornice. Naj bi se vse te organizacije resno bavile s predlogom, ki ni nov, ki pa postaja od leta do leta nujnejša zahteva. Kot uvod v razpravo o tem važnem vprašanju pač ne bi mogli citirati lepših besed, kot so one še danes v polni meri veljavne, ki jih je spregovoril leta 1835. takratni urednik Liječniškega vjesnika dr. Viktor Gjurkovečki. «Svaki liečnik dužan je, da sa svojim osobom, svojim radom duševno i materijalno podupire rad liečničkoga Sbora. Ako Sbor liečnika ne koraca i prvom redu svijuh hrvatskihi strokovnih družtava, odgovoran je za to svaki pojedini liečnik u Hrvatskoj. Ne valja misliti, da je to sve jedno, da li liečnički sbor kriepko diše i kriepko radi ili da li tek samo vegetira. Pojedini liečnik, zauzimao on i uplivno mjesto, ostaje uvijek pojedinac, te će njegov glas često ostati glas vapijućeg u pustinji. Drugačije stvari stoje, kada skup liečnika, kada svi liečnici jedne zemlje — jer u liečničkom sboru, nebi smio ni jedan hrvatski liečnik manjkati — o kojoj stvari svoj sud izreknu... Ako ste i umorni od svakdanjeg napornog službovanja u službi humanitarnosti, žrtvuje još koji časak, da si liečnički sbor i njegovo vjerno ogledalo «Liečnički vjesnik» pred hrvatskim narodom i pred inozemstvom osvetljaju lice.» (Čepulić: Kratka povijest Zbora liječnika.) Urednik.

Organizatorni problemi slovenskega zdravništva

Pri živahnih debatah okrog Zdravniškega vestnika se je vkljub razveseljivemu soglasju o usodi lista samega pokazalo zopet z vso jasnostjo: enotne predstavnice slovenskih zdravnikov ni. Slovensko zdr. društvo ni predstavnik slov. zdravništva. Ni predstavnik slov. zdravništva zgolj zato, ker ima samo ca. 90 članov, društvo sploh ne predstavlja mnogo širše skupnosti kot jo je predstavljal pred nekakimi 75. leti ustanovljena «Ärztgesellschaft für Krain». Tako je edini skupni predstavnik le Zdravniška zbornica — prisilna stanovska organizacija zdravništva v dravski banovini.

Slovenski zdravniki si moramo priznati, da nas prav nič ne odlikuje organizat. sposobnost, ki je baje lepa slovenska lastnost. Hrvaško zdravništvo nam s svojim «Zborom» že dolga desetletja prednjači. Kljub lepemu zgledu, ki ga nam dajejo Hrvati, nismo bili Slovenci v stanu kaj podobnega skupaj spraviti. Danes je položaj tak, da imama lepo število strokovnih zdravniških društev, zato pa nimamo organizacije — predstaviteljice slovenskega zdravništva.

Zdravniški vestnik je delo, trud in uspeh požrtvovalnih prostovoljcev. Lahko se dogodi, da nam teh zmanjka, v tistem trenutku je konec z mnogo obetajočim znanstvenim delom pri nas doma. Še danes ne moremo pozabiti občnega zbora Slov. zdr. društva l. 1934., na katerem je večina soglašala, da društvo gmotne odgovornosti ne more prevzeti za izdajanje Vestnika, kvečjemu bi mu bilo voljno posoditi svojo firmo. Proti temu stališču smo danes vendar le že napredovali, Vsako leto je večje število onih tovarišev, ki jim je Zdravniški vestnik mnogo več kot ena izmed medicinskih znanstvenih revij. Sestanek dne 4. decembra 1937, kakor je bil v svojem jedru eno izmed mučnih zadev lanskega leta v naših vrstah, pa je po svoji skoraj stoodstotni udeležbi in po ognjevitosti razgovora povsem potrdil ravno omenjeno trditev.

Pa še več je dokazal ta sestanek. Pokazal je, da še danes nimamo svoje skupne organizacije, ki se bo brigala za skupne zadeve kot je Zdravniški vestnik, ali pa za zdravniške vdove in sirote, zdravniški dom in še mnogo takega. Danes se upravičeno s strahom vprašujemo, kaj bo n. pr. z zdravniškimi vdovami in sirotami, če jim umre Dereani, kaj bo z Vestnikom, če se razjezi Neubauer. Le taka organizacija, ki bo obsegala vse slov. zdravništvo, organizacija, ki se ji bodo vsi dobrovoljno podredili, nam bo garancija za obstoj naših ustanov, če tudi odstopi ta ali oni nepogrešljivi dobrovoljec.

Naša skupna organizacija bo takoj prevzela vse skupne naloge. Potem se ne bo dogajalo več, kot se dogaja še danes, da kolega, ki je že pred tremi leti končal staž, ne loči med Slov. zdr. društvom in Zdr. zbornico.

Četudi Slov. zdr. društvo še ni naša reprezentativna organizacija, moramo vse podvzeti, da to postane. Ali kot federacija društev, kot je bilo ponovno sproženo na sestanku 4. dec. 1937, ali kako drugače,

vse to je stvar premisleka, razmer in dogovora. Legitimacije, ki je lansko leto Slov. zdr. društvo pri reševanju organizacije Zdravniškega vestnika ni imelo, to legitimacijo moramo društvu priboriti. Avstrijske vojvodine in nadvojvodine so gotovo že tako pozabljene, da ne bodo mogle več stati na poti slovenskemu združenju. Novi odbor društva, ki je bil izvoljen ob tako veliki udeležbi in s tolikim zaupanjem, gotovo ne bo mogel priti praznih rok pred prihodnji občni zbor.

Dr. Tomaž Furlan.

Predlog za ustanovitev „Zveze slovenskih zdravniških društev“

Zveza slov. zdr. društev naj se ustanovi po principu paritete, to se pravi, enako število zastopnikov vsakega društva tvori odbor zveze.

Vsaka delegacija zastopa probleme in interese svojega delokroga, ki pridejo tako do najpreciznejšega izraza. Če so splošne in ne krajevne ali kake specialne važnosti, odloča o njih odbor zveze kot najvišji forum o vseh stanovskih in splošno zdravstveno-kulturnih vprašanjih. Sklepi zveznega odbora morajo biti obvezni za vsa, zvezo tvoreča društva.

Iz zdravniških društev

Nova uprava Slovenskega zdravniškega društva

Na občnem zboru SZD je bil izvoljen novi odbor, ki se je konstituiral tako-le:

Predsednik: Prim. dr. Alojz Kunst, šef radiološkega zavoda Obče drž. bolnišnice v Ljubljani;

podpredsednik: dr. Joža Jakša, specialist za kožne in venerične bolezni, Ljubljana;

tajnik: dr. Bogdan Breclj, v. d. šef ortop. odseka Obče državne bolnišnice, Ljubljana;

blagajnik: dr. Janko Pompe, primarij otološkega oddelka Obče drž. bolnišnice v Ljubljani;

odborniki: prof. dr. Alojz Zalokar, šef-primarij ženske bolnišnice v Ljubljani; dr. Valentin Meršol, šef infekcijskega oddelka Obče drž. bolnišnice v Ljubljani;

V delokrog zveze spadajo posebno:

1. Zdravniški vestnik.

Zveza ima pravico voliti glavnega urednika in uredniške odbornike in ima dolžnost skrbeti za financiranje glasila z uvedbo posebne članarine, ki jo imajo plačevati zvezo tvoreča društva. Ta članarina se določi po finančni zmogljivosti posameznih društev. Na ta način voljeno uredništvo bo opremljeno s potrebno avtoriteto za avtonomnost svojih odločitev. Morebitne spore med uredništvom na eni in posamezniki ali društvi na drugi strani obravnava zvezni odbor. Uredništvo je za svoje početje odgovorno le zveznemu odboru, v kolikor to dopušča tiskovni zakon.

2. Prirejanje in organizacija zdravniških kongresov iz vseh panog zdravstva.

3. Organizacija dela za ustvaritev slovenske medicinske terminologije.

4. Briga za slovenski medicinski tisk, v kolikor ga ne zmore zasebna iniciativa.

5. Organizacija in skrb za graditev zdravniškega doma v Ljubljani.

6. Posvetovanje in predlaganje glede zasedbe najvažnejših in vodilnih zdravstvenih mest v bolnišnicah, zdravstvenih institutih in zdravstveni administraciji, pri čemer sme odločevati le zasluga ter umna in moralna zmožnost, ne pa politična pripadnost ali protekcija.

Dr. Mavricij Neuberger.

dr. Robert Neubauer, šef-zdravnik sanatorija «Golnik»;

revizorja: prof. dr. Alija Košir, univ. prof. v Ljubljani; dr. Henrik Heferle, asistent int. odd. Obče drž. bolnišnice v Ljubljani.

Akcija za postavitve Šlajmerjevega spomenika

Konec leta 1935. je umrl na Poljanah pri št. Vidu prof. dr. Šlajmer. Kakšno mesto je pokojnemu določeno v zgodovini slovenskega zdravništva, bo pokazala bodočnost; sedanja generacija se še spominja njegovega nesebičnega dela, človekoljubnosti, požrtvovalnosti in velikušnosti. Zato je umljivo in razveseljivo dejstvo, da je občinski svet mesta Ljubljane dal iniciativo, da se zaslužnemu

možu postavi spomenik, ki naj priča po-
znejšim generacijam, da njegovi sodob-
niki, prijatelji, učenci in bolniki niso
prezrli njegovih zaslug.

Osnoval se je odbor za postavitve spomenika prof. dr. Edu Šlajmerju, v katerem je zastopana tudi Zdravniška zbornica. Stroški za postavitve spomenika so bili ocenjeni približno na 20.000 din. Moralna dolžnost zdravniškega stanu je, da zbere sam med svojimi člani ta znesek. Zato Te vabi, dragi tovariš, da pošlješ po priložni položnici 50 din, da se na ta način oddolžiš svoji dolžnosti kot član zdravniškega stanu.

Poleg te akcije pa je pričakovati še mnogo darovalcev iz laških krogov, ki so ohranili pokojnemu tovarišu hvaležen spomin, bodisi kot nekdanji njegovi bolniki, bodisi kot njegovi sodelavci, in ki se bodo radi odzvali pozivu odbora za postavitve spomenika. Naša stanovska čast zahteva, da ne zaostanemo za drugimi darovalci.

Odbor za postavitve spomenika pričakuje od te akcije velik uspeh. Pričakovani previšek bo uporabljen za osnovo ustanove, ki se bo imenovala po pokojnem zaslužnem tovarišu in ki bo služila izpopolnjevanju študija mladih zdravnikov kirurgov. Na ta način bo zdravniški stan najčastneje ohranil trajen in dostojen spomin pokojnemu g. prof. dr. Edu Šlajmerju.

Odbor Zdravniške zbornice Te, dragi tovariš, naproša, da pošlješ po priložni položnici vsaj 50 din (po možnosti pa večji znesek) zavedajoč se svoje stanovske dolžnosti. — Odbor Zdravn. zbornice.

The International Society Of Medical Hydrology

(Poročilo s kongresa.)

Od 17.—22. oktobra 1937 je bil v Wiesbadenu internacionalni balneološki kongres, katerega se je udeležilo 170 znanstvenikov iz 16 držav. Znanstvene teme so bile:

1. Bioklimatika. 2. Psihoterapija v zdraviliščih in kopališčih. 3. Prirodoslovje šote in zdravilnega blata. 4. Svobodne teme.

Pri otvoritvi je podal novoizvoljeni predsednik društva in direktor nemškega kopališča prof. dr. Vogt iz Breslau pregledno poročilo o sodobnem stanju balneologije in njenih smernic. Poudar-

jal je važnost balneoloških raziskovalnih institutov v kopališčih samih; to pa zaradi tega, ker se more smatrati kot dokazano, da delujejo v polnem obsegu zdravilne vode samo na vrelo. Tudi morajo stati instituti v ozki vezi z bližnjo kliniko. Balneoterapija odgovarja najbolj moderni medicini, ki stremi za tem, da se ne zdravi samo belezen, ampak predvsem bolni organizem. *Morbus totius corporis est!* Koliko važnosti se polaga na balneologijo, sledi iz izjave zastopnika vodje nemškega zdravništva, da se bodo še letos vpeljali obligatni kurzi iz balneologije za vse zdravnike. Država je pač uvidela tudi ekonomsko važnost kopališč, katera tudi gmotno podpira! Posebno važnost so pa posvetili talasoterapiji.

Problem bioklimatike so izčrpno obravnavali Linke, Piery in Milhaud (Francija). V tej, splošnosti še precej nepoznani vedi, so referenti podali nekaj zanimivih detajlnih ugotovitev, kljub temu je pa še dokaj nejasna, n. pr. razlaga depresije pri južnem vremenu.

Izredno zanimiva in pozitivna predavanja so bila iz psihoterapije (Veraguth — Švica in Grdon — Anglija). Posebno pozornost je pa opravičeno vzbudilo predavanje prof. Schulzerja iz Berlina, autorja autogenega treninga. Pokazal je, kako se da v balneoterapiji vplivati na ritmus notranjosti z ozirom na tempo, amplitudo, intenziteto in ondulacijo življenjske krivulje.

Jasno prirodoslovno sliko o postanku šote in zdravilnega blata sta podala Benade in Porlezza (Italija). Težava postoji še v razdelitvi imenovanih naravnih produktov, izgleda pa, da bo tu kmalu prišlo do soglasja.

Pri vsaki glavni temi so bili razen glavnih referentov še številni koreferenti.

V vrsti svobodnih predavanj sem podal metodo poskusov in rezultate vpliva balneoterapije na vegetativni nervni sistem revmatičarjev.*

Drugi važni del kongresa je bilo razgledovanje kopališč. V Wiesbadenu je predvsem zanimiv institut za raziskovanje revmatizma pod vodstvom doc. Kuehnau-a. V Nauheimu se v znamenitem Kerkhoffen-ovem inst. zasleduje vse probleme kardiopatij; v Emsu smo

* Predavanje izide rezimirano v «Archives of Medical Hydrology» v Londonu in extenso pa v «Liječničkom Vijesniku».

pa videli vse naprave za terapijo dihalnih organov, posebno astme, katere alergična etiologija se sedaj živahno razpravlja. Vsi instituti so v ozki vezi s klinikami in uživajo izdatne podpore od oblasti. Diagnostika je s pomočjo najnovejših aparatov omogočena do skrajnih mej; ostane pa vedno le samo pomožno sredstvo glavnemu namenu medicine — terapiji.

Celotni vtis kongresa je bil v vsakem pogledu prav zadovoljiv. Pokazal je, da je moderna balneologija vsega vpoštevajna vredna veda, ki v svoji kombinaciji starodavnih empiričnih ugotovitev s sodobno tehniko postaja optimalni in mogočni konstitucionalni terapevtski faktor.

Jugosl. delegacijo je vodil prof. dr. Lapašić, šef neur. klin. v Zagrebu.

Dr. L. Traunner — Krap. Toplice.

Nove knjige

Bolečine in motnje pri obolenjih hrbtenice. Dr. Eduard Güntz. 1937, Ferdinand Euke, Stuttgart. 171 strani, 88 slik, cena broš. RM 15.20.

V malokaterem poglavju medicine vlada še tolika nejasnost, kot ravno v razpoznavanju patoloških sprememb na hrbtenici. Tudi smo malokje, kakor tu, v toliki meri navezani na subjektivne podatke bolnikov, njihovo netočno in nejasno opisovanje bolečin v raznih predelih hrbtenice — katerih pričetek in vzrok je skoraj vselej — trauma, ne da bi pri tem mogli te težave spraviti v sklad z dejansko ugotovljenimi bolezenskimi spremembami, v kolikor so pač dostopne našim diagnostičnim pripomočkom.

V novejšem času sta nam podala Schmore in Junghans v svoji knjigi «Die gesunde u. kranke Wirbelsäule im Röntgenbild» povsem nove vpoglede v patologijo hrbtenice in s tem započela na velikem delu, ki ga je sedaj Güntz nadaljeval. Namen mu je bil ugotoviti, kako se klinično odražajo ta bodisi na novo odkrita, bodisi z novih vidikov spoznana obolenja hrbtenice in v koliki meri se krijeta patološko anatomski in klinični slika teh obolenj.

Monografija sloni na opazovanjih preko 1200-ih primerov hrbteničnih obolenj, ki so bili ne le klinično, marveč tudi rentgenološko, po avtorjevi metodi, preiskani in tvori s tem temelj vsemu nadaljnemu kliničnemu delu, preko katerega ne bo mogoč nihče, kdor se resno bavi s temi problemi. Dr. B. Breclj.

Šulgaj A., Naš potočni rak. 8 slik. Založila Zveza ribarskih društev dravske banovine. Ljubljana 1937. Cena: 20 din.

Knjižica je pisana živahno, mestoma humoristično, brez znanstvenih pretenzij, in je namenjena predvsem ribičem in lastnikom takih vod, v katerih bi kazalo gojiti rake. Med drugim nam poda vso zgodovino račje kuge na naših tleh ter pokaže končno, da je epidemija prav za prav že ugasnila in da bi bil že čas, znova nasaditi v naših vodah plemenite rake (jelševce). Dovolj je vodâ, kjer so se še ohranili prvotni raki. Po zbirki kuhinjskih receptov in kratkih navodilih o transportu rakov ter o trgovini z raki zaključuje Šulgaj svojo knjigo s pozivom k ponovni nasaditvi in gojitvi rakov. Gospodarska korist bi bila pomembna. M. R.

Pozivi

Vljudna prošnja

Razpravo «Slovar slovenskega jezika in naše vsakdanje zdravniške potrebe» nameravam prirediti za ponatis. Ker želim v njem navesti vsa slovenska zdravstvena dela, vljudno prosim vsakogar, da mi sporoči, kdo, kje in kdaj je objavil,

kar spada sèm, pa ni bilo omenjeno v lanskem Zdravniškem vestniku. Prav hvaležen bom tudi za vsako sicëršnjo pobudo in vsak dodatek k objavljenim načelom, oznakam in besednim zvezam.

Dr. Černič Mirko,
Maribor, Gosposka 49.

Urednik naše «Evgenike», priv. doc. dr. B. Škerlj nas prosi za objavo sledečega dopisa, ki ga je prejel od:

Československá společnost biotipologická ve Zlíně. — Sekretariát: Praha II, Albertov 4.

«Spoštovani gospod docent!

Kot tajnik Biotipološke sekcije (klinično-teoretska sekcija za vprašanja konstitucije in rase) VI. kongresa Zveze slovenskih zdravnikov v Pragi si dovoljujem obvestiti Vas, da člani odbora Čsl. biotipološkega društva predlagajo kot temata te sekcije:

1. Predelanje (predebatiranje) osnovnih treh konstitucijskih tipov po Kretschmerju.

2. Razmerje med somatsko in psihično konstitucijo.

3. Razmerje med konstitucijo in raso.

Ker se naj glavni tema te sekcije določi v dogovoru delovnega odbora sekcije s strokovnjaki drugih slovanskih narodov, izvolite mi ljubeznjivo sporočiti svoj nazor o tem, ali bi jugoslovanski raziskovalci soglašali z enim teh temat in katere druge bi še predlagali. Tudi bi Vam bil hvaležen, če sporočite, na koga v Jugoslaviji bi se še mogel obrniti. Sicer sem zvedel, da oskrbuje informacije jugoslovanskega narodnega odbora g. MUDr. Momčilo Ivković, senator, Beograd, Dečanska 29. Zahvaljujem se Vam v imenu sekcije za veliko ljubeznivost. <

Podpisan Doc. dr. Boh. Krajnik, Praha II, Albertov 4.

K temu dopisu pristavljam prošnjo, da se oni gospodje zdravniki in raziskovalci predlaganih temat obrnejo ali na naslov g. doc. dr. Krajnika v Pragi, ali na g. sen. dr. Ivkovića ali na mene, in sporoče svoje mnenje, odn. ev. predloge za Biotipološko sekcijo tega kongresa. — Priv. doc. dr. B. Škerlj, Resljeva 13, Ljubljana.

Spremembe, dopolnitve in popravki Jugoslovanske farmakopeje.

Komisija za izdelavo in dopolnitev Jugoslovanske farmakopeje je na svoji prvi seji sklenila, da izvrši spremembe, dopolnitve in popravke Jugosl. farmakopeje, ki so se na podlagi pridobljenihkušenj pokazale za potrebne.

Da bi pa ta sklep izvršila čim popolneje, prosi komisija s tem gg. zdravnike, da v roku treh mesecev dostavijo svoje konkretne predloge glede spremembe, dopolnitve in popravka Jugoslovanske farmakopeje na spodnji naslov: Ministrstvo socialne politike in narodnega zdravstva — Komisija za izdelavo in dopolnitev Jugoslovanske farmakopeje, Beograd, Knežev spomenik 5/V.

Prošnja A. K. D. «Danica» v Zagrebu.

Gg. zdravniki!

V slovenskem akademskem kulturnem društvu «Danica» v Zagrebu so bili ustanovljeni posamezni strokovni klubi, med njimi tudi klub medicincev. Ker so tovariši večinoma revni in nimajo sredstev, da si sami nabavljajo učne knjige, je med drugim namen kluba tudi ta, da si uredi knjižnico, v kateri bi bile poleg drugih strokovnih knjig tudi vsaj najpotrebnejše študijske knjige. Ker pa A. K. D. «Danica» in klub sam ne razpolagata s tolikimi sredstvi, da bi si mogli vse te knjige nabaviti, se obračamo na Vas, cenjeni gg. zdravniki, da pošljete na upravo Z. v. knjige, ki jih sami morada ne boste preveč pogrešali, revnemu slovenskemu študentu pa bi prav mnogo koristili.

Posebno bi bili veseli, če bi nam mogli poslati n. pr.: «Corningovo topografsko anatomijo, Ribertovo in Aschoffovo patološko, Strümpelovo in Domarusovo interno, Garree-jevo kirurgijo, očesne bolezni (Fuchs) itd., po možnosti ne prestarjih izdaj. Hvaležni pa bomo za vsak knjižni dar. — Klub medicincev A. K. D. »Danica» v Zagrebu.

Drobne novice

Z Zagrebške univerze. Predstojnik zagrebške interne klinike prof. dr. **Ivan Hugo Botteri** je bil imenovan za rednega člana društva internistov na Dunaju, kar

je najlepše priznanje tudi za zavod, na katerem dela.

Zagrebška univerza je dobila od države 25 milijonov dinarjev za izpopolnitev

svojih institutov. Nekaj tega denarja bo šlo za dokončno izgraditev ortopedske in zobne klinike.

Dne 31. januarja t. l. so bili na zagrebški univerzi promovirani za doktorje vsega zdravilstva gg. Bricelj Jernej iz Šenčurja pri Kranju, Kušar Franc iz Ježice in Mataje Leon iz Stražišča pri Kranju. Čestitamo!

Novi avstrijski zakon o zdravnikih je zadel na demonstrativen odpor zobotehnikov. Pri demonstracijah pred skupščino je bilo šest oseb aretiranih.

V Melbourn-u (Avstralija) se nevarno širi spinalna paraliza. Dosedaj so našli 1500 primerov z 82 smrtnimi slučaji.

Razstavno skupino «stekleni človek», ki so jo na pariški svetovni razstavi mnogo občudovali, bodo sedaj po vrsti pokazali v Sofiji, Atenah, Bukarešti in Beogradu.

Tihotapstvo z mamili še vedno cvete. Na Dunaju so zaplenili 500 vreč z vsebino, ki je bila deklarirana kot pšenični otrobi. V resnici pa je bil v vrečah surov opij.

X. nadaljevalni tečaj o tuberkulozi za zdravnike bo meseca septembra t. l. na Golniku. Program sledi v kratkem.

Iz uredništva

10. letnik Zdravniškega vestnika je s to številko začel. Naša iskrena želja je, da naj bi naš list v tem letu rasel predvsem po tehtnosti in vsestranosti svoje vsebine. Zato s tem vse gg. tovariše še enkrat prisrčno vabimo, da stopijo v ožji krog sodelavcev Zdravniškega vestnika. V prvi vrsti velja ta prošnja vsem gg. šefom in primarijem bolnišnic in bolniških zavodov, njihovim asistentom in vsem bolniškim zdravnikom sploh. Kakor povsod na svetu, naj bi bila samoobsebi umevna dolžnost vseh bolniških zdravnikov, da se tudi znanstveno udeležujejo, da svoje skušnje, pridobljene ob bolniški postelji, sporočijo vsem zdravnikom. Bolnišnice so in morajo biti tudi znanstveni zavodi in zahteve po kliničnem centru ljubljanskem, po popolni slovenski univerzi, po popolni medicinski fakulteti bodo ostale prazne besede, dokler jih ne upravičuje volja po resnem znanstvenem delu, pa bodisi s še tako velikimi ovirami in žrtvami. Glavno poslanstvo

Kongresi: Septembra t. l. bo v Zagrebu mednarodni kongres za zgodovino medicine. Kongres se bo začel v Zagrebu in nadaljeval v Sarajevu in Dubrovniku. Informacije daje prof. M. Bazala — Zagreb, Vlaška ulica 95/I.

4. jugoslovanski protituberkulozni kongres bo od 22. do 24. maja t. l. v Hercegovnem. Glavne teme so: Kalmetizacija, tuberkuloza in poklic ter vprašanje specializacije za tuberkulozo.

Umrl je v Beogradu znani profesor ginekologije Bogdanović.

Novi časopisi. Znana nemška medicinska založba Th. Steinkopf - Dresden, je začela z izdajanjem treh novih medicinskih revij, ki zaslužijo zaradi svoje važnosti zanimanje tudi naših čitateljev. Ti časopisi so: «Zeitschrift für Altersforschung», «Archiv f. Kreislaufforschung» in «Zeitschrift f. Rheumaforschung».

Prejeli smo program 61. mednarodnega nadaljevalnega tečaja Dunajske medicinske fakultete, ki bo letos od 16. do 28. maja. Tema tečaja: bolezni prebave, presnove in žlez z notranjo sekrecijo. Vse informacije daje: Kursbüro der Wiener mediz. Fakultät — Wien IX., Alserstrasse No. 4.

Zdravniškega vestnika je ravno v tem, da naj bi bil glasnik te volje, tega dela in stremljenja. Zato so nam dobrodošli vsi brez izjeme, tudi oni, ki so iz katehrihkolih razlogov stali dosedaj ob strani.

Zdravniški vestnik je, seveda v mejah, ki mu jih potegnejo skromna materialna sredstva, na stežaj odprt vsem, ki hočejo in imajo kaj povedati, kakor je to zahtevala znana resolucija na sestanku dne 4. decembra 1937. Samo oglasite se, povejte svoje mnenje ravno tedaj, ako mislite, da ne morete soglašati s tem ali onim člankom. Še nikoli nismo odklonili stvarne polemike, skoraj vedno smo jo pa hudo pogrešali zlasti tedaj, ko smo po ovinkih čuli, kako temu ali onemu ni po godu vsebina tega ali onega članka. Na dan torej s svobodno besedo!

*

Vse gg. kolege, ki še niso izpolnili in vrnili vprašalne pole, lepo prosimo, da to čimprej store. *

Tej številki so priložene pošne položnice, ki naj služijo za nakazilo prispevkov tiskovnemu skladu.

*

Tudi letos bomo dali izdelati platnice za letnik 1937 Z. v. Platnice so zelene barve in prav okusne. Cena 20 din. Naročite jih čimprej pri upravi Z. v. — Golnik. Nekaj platnic za letnik 1936 je tudi še na razpologo.

Seznam časopisov,

ki jih prejemo v zameno za
Zdravniški vestnik.

A. Medicinski in poljudno medicinski.

1. Liječnički vjesnik — Zagreb, ref. dr. P. Černe.
2. Srpski arhiv — Beograd, ref. dr. F. Klemenčič.
3. Medicinski pregled — Beograd, ref. dr. M. Grujić.
4. Vojno-sanitetski glasnik — Beograd, ref. dr. M. Grujić.
5. Paradozoza — Ljubljana.
6. Socialno-medicinski pregled — Beograd, ref. dr. M. Karlin.
7. Glasnik centr. higiensk. zavoda — Beograd, ref. dr. M. Grujić.
8. Lekar — Beograd, ref. dr. M. Karlin.
9. Radnička zaštita — Zagreb.
10. Radiološki glasnik — Zagreb, referent dr. T. Furlan.
11. Suvremeni hrv. medicinar — Zagreb.
12. Časopis lekařu českých — Praga, ref. dr. M. Červinka.
13. Českoslov. ophthalmologie — Praga, ref. dr. L. Ješe.
14. Ruski vrač — Praga, ref. dr. A. Novoselskij.
15. Medycyna — Warszawa, ref. dr. M. Peče.
16. Nowine lekarske — Poznan, ref. isti.
17. Polskiej gazety lekarskiej — Lwow, ref. isti.
18. Ruch przeciwegruzliczy — Lwow, ref. dr. R. Neubauer.
19. Kronika dentystyczna — Warszawa.
20. Clinica bulgara — Sofija.
21. Rivista contra la tubercolosi — Roma, ref. dr. R. Neubauer.
22. Zdravje — Ljubljana.
23. Delo proti tuberkulozi — Golnik.
24. Novi život — Zagreb.
25. Glas nedužnih — Zagreb.

(Dalje prih.)

Gg. sodelavcem!

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

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

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

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

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

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

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

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

Za Tiskovni sklad Zdrav. vestnika so prispevali:

200 din — dr. Bedenk J. — Kranj; po 100 din — dr. Černe P. — Golnik, dr. Trenz F. — Dobrna, dr. Dereani B. — Ljubljana, dr. Gregorčič M. — Gorenja vas; 80 din — dr. Ogorevc M. — Rogatec; 60 din — dr. Puc F. — Dobrna; 50 din — dr. Hötzl R. — Apače; 40 din — dr. Krasser V. — Kožje; 30 din — dr. Küssel B. — Novo mesto; 25 din — dr. Korun F. — Šoštanj. Seznam je zaključen dne 10. februarja 1938. — Hvala!

Čist.
kristaliziran

VITAMIN
(= Aneurin)

BETABION »Merck«

INDIKACIJE: **Obolenja živčnega sistema**
Neuralgije (Ischias itd.), Polyneuritide in neuritide različnega izvora,
funikularna myelosa obolenja sistema.

Originalni zavitki:

Betabion tablete po 0,001 g:	Cevčice z 20 kom. Slekl. s 100 kom.
Betabion ampule po 0,002 g:	Škatlje s 3 in 10 kom.
Betabion forte ampule po 0,01 g:	Škatlje s 3 in 10 kom.

E. MERCK — DARMSTADT

Zastopnik: Mr. Dr. LEO NEUMANN, Zagreb, Mošinska ulica 14

GG, ZDRAVNIKOM, BOLNICAM, SANATORIJEM — NUDI
male okvirje za röntgenslike s celuloidnim vložkom lasne izdelave, servijete,
toaletni papir, oleatne papirje, dermatograph-svinčnike, receptne bloke, trgovske knjige,
mape za odlaganje, indekse, pisma in kuverte s tiskom, kartoteke itd. po nizkih cenah

IVAN BONAČ — Ljubljana, Šelenburgova št. 5
trgovina s papirjem in pis. potrebščinam

EULYSINOL

Domači preparat

PARENTERALNI EKSPERKTORANS ZA ZDRAVLJENJE VNETH
DIHALNIH ORGANOV,
ZA OMEHČANJE SLUZI

Eulysinol je raztopina organskega joda, kafe in timola v eteričnem olju in vsebuje na 1 ccm 0,30 g organskih spojin joda, 0,50 g etilnega etra, 0,20 g kafe in 0,02 g timola.

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

Za intraglutealne injekcije v ampulah 1,1 in 2,2 ccm.

Vzorce in literaturo pošilja na zahtevo

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

VSEBINA:

	Stran
Dr. M. Hribar: † Prof. dr. Šerko	1
Dr. B. Magajna: In memoriam	3
† Prof. dr. A. Šerko: Individualna psihologija (dr. A. Adler)	4
— — Depresivna zavrlost in kardiocol	9
Dr. M. Hribar: Zdravljenje shicofrenije z insulinom	11
Dr. M. Kamin: Sodobno zdravljenje duševnih bolezni (s posebnim ozirom na shicofrenijo)	20
— — Zapisek k Šerkotovi involutivni parafreniji	25
Dr. V. Kanoni: Nekaj bežnih utisov in misli z Rūdinovega predavanja o duševnih boleznih, njih individualnem zdravljenju in preprečenju	26
 STANOVSKI VESTNIK	
Dr. M. Černič: Osnove stanovskega reda in naša zdravstvena služba	31
Urednik: O enotnem slovenskem zdravniškem društvu	34
Dr. T. Furlan: Organizatorni problemi slovenskega zdravništva	34
Dr. M. Neuberger: Predlog za ustanovitev Zveze slovenskih zdravniških društev	35
Iz zdravn. društev	35
The international society of medical hydrology	36
Nove knjige	37
Pozivi	37
Drobne novice	38
Iz uredništva	39

KNJIGARNA

KLEINMAYR & BAMBERG V LJUBLJANI

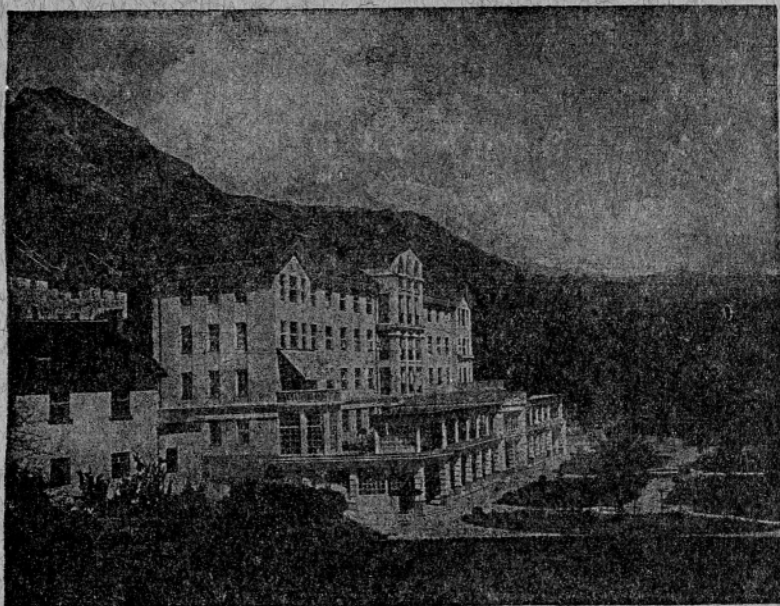
MIKLOŠIČEVA C. 16

TELEFON ŠT. 31-33

vljudno opozarja gg. zdravnike načasne ugodnosti pri nakupu **nemških knjig rajhovega izvora**, ker se do nadaljnega preračunava nemška marka po din 12.—, torej neverjetno ugodno. Knjige avstrijskih založb, n. pr. Urban & Schwarzenberg. se računajo 1 Rm = öS 2'15 (ali din 18').

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

3 oskrbni razredi

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzjav: Golnik.

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

Kaštel d.d.

ODDELEK
„SANABO-KAŠTEL“

TESTOSAN FORTE

HORMONSKI PREPARAT IZ MOŠKE SPOLNE ŽLEZE
Injekcije (vodena raztopina) vsebujejo spermatogenetski del spolne žleze.

Tablete in želat. kapsule

TESTOSAN FORTE OLEOSUM

Injekcije vsebujejo ekstrakt intersticijskih stanic

PREPARAT BIOLOŠKO STANDARDIZIRAN

Napredek v digitalis-terapiji!

LANACLARIN „KAŠTEL“

Preparat izoliranih glikozidov digitalis lanate

Hitro, energično in popolno delovanje digitalisa

Dobro se prenaša, tudi pri gastritidi

Možnost točnega doziranja

Lanaclarin „Kaštel“ injekcije, solucija, tablete, supozitorije

Kaštel d.d.

Zagreb
