

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAV. BANOV.

KEMIKA D.D. — ZAGREB

priporoča svoje preizkušene domače preparate:

Novi uspehi domače industrije:

AMPHOCAL

Edinstvena spojina kalcijevega kamfosulfonata v vodni raztopini za intramuskularne ali intravenozne injekcije v ampulah po 2,5 in 5 ccm. Vsaka ampula vsebuje 0,5g Calc. camphosulphonic. Ima vse učinke kalcija kakor tudi analeptični učinek kafe.

Daje se povid, kjer se želi izvesti energ. zdravljenje s kalcijem

AMPHOCAL-CHININ

Vsebuje isto kot gornji preparat z dodatkom 0,5g Chinin basic. po ampuli. Deluje gotovo momentano pri gripi in njenih komplikacijah. Ostale indikacije: Akutna infekcijska obolenja, predvsem respiracijskega trakta, pneumonija, pleuritis exudat., tuberculosis pulm., asthma bronchiale, slabost krvnega obtoka.

Doziranje: 2,5 — 10 ccm dnevno intramuskularno ali intravenozno. Orig. škaltja s 6 ampulami a 2,5 ccm ali s 5 amp. a 5 ccm.

MOLSAN

Edinstveni spoj aluminija, bizmuta in cinka s kislinami ribjega olja v obliki kompleksnih soli: V prometu je v obliki rumenkastega amorfnega prahu ter se uporablja kot 5 — 20% ni dodatek osipalnim praškom, maslem in pastam. Deluje antiflogistično in antiseptično ter izredno hitro zdravi kožna vnetja, infekcije, ekceme itd.

MOLSAN-SUPPOSITORIA

vsebujejo Molsan z dodatkom anaesthetica, ter Butyr. Cacao. Uporabljajo se z izrednim uspehom za zdravljenje hemoroidov in njihovih komplikacij.

Deluje adstringirajoče, antiflogistično, dekongestivno in antipruriginozno. Orig škaltja z 10 supozitorijami. Doza: 1 — 3 komadi dnevno.

Predpisujte dobre domače preparate!

IDEALNO ZDRAVLJENJE

ABSCESOV, KARBUNKLOV AKUTNIH BUL

IN SLIČNIH

OBSTOJA V ISTOČASNEM

ublaževanju bolečin,
— odstranitvi toksičnih proizvodov in
pospešitvi naravnega zdravljenja

NE DA BI SE PRI TEM INFEK-
CIJSKA OGNJIŠČA ŠIRILA

Antiphlogistine

zajamči po svoji dolgotrajni toploti, po svojih
higroskopičnih in terapevtskih lastnostih bole-
čine ublažujoč ter kongestivni in zdravilni učinek

Vzorci in literatura brezplačno

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co., NEW YORK U. S. A.
BRAČA JOVANOVIĆ, ENGLESKA DROGERIJA, UL. KNEZ MIHAJLA 33, BEOGRAD

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!

Manetol

NOVO!

Standardizirani fiziološki

HEMOSTATIKUM

s specifičnimi učinkovitimi substancami hrbtnega mozga

Skrajša čas krvavitev

PRI KRVAJITVAH

IZ PLJUČ, NOSU, ŽRELA, ŽELODCA

IN ČREVES, LEDVIC IN MEHURJA

Pri hemoragični diatezi. — Za ustavitev postoperativnih krvavitev. — Kod adjuvans pri zaustavljanju krvavitev s kirurško pomočjo in profilaktikum pri operacijah za zmanjšanje izgube krvi.

Originalni omoti: Škatlja s 5 ampulami s suho substanco po 10 bioloških edinic
+ 5 ampul po 2 ccm aqua dest. steril.

»Bayer«

LEVERKUSEN NA RAJNI

Zastopstvo za Jugoslavijo :

„JUGEFA“ K. D.

Beograd Zagreb



500 int. jed. Vit. A
u 1 ccm 120 int. jed.
Vit. D. Osim toga Vi-
tamini B i C.

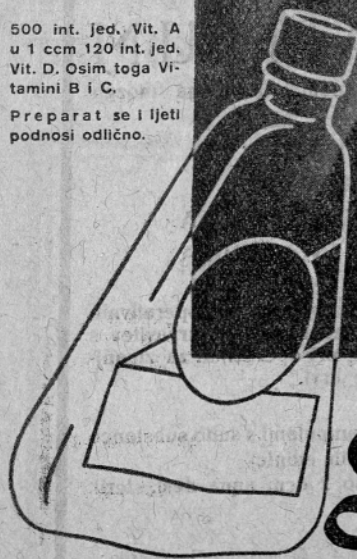
Preparat se i ljeti
podnosi odlično.

A :500

D :120

B C

prirodni vitamini



Sandostol

4-vitaminski preparat sa konstantnim sadržajem vitamina.
Potpuno vitaminsko djelovanje naravnog ribljeg ulja.
Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H., Hamburg.
Zastupstvo: Mr. J. Hoffmann, Zagreb, Mošinskoga 5 •



ZDRAVNIŠKI VESTNIK

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

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

ŠTEVILKA ČETRTA

30. APRILA

LETO DEVETO

Dr. R. NEUBAUER—Dr. P. ČERNE

PLJUČNA TUBERKULOZA IN NOSEČNOST

Dolga desetletja je veljalo skoraj neomajano stališče, da je pri vsakem specifičnem obolenju pljuč podana absolutna indikacija za odpravo plodu. Vsak od nas iz prakse pozna brezštevne slučaje proslulega katarja pljučnih vršičkov, — ki vkljub vsemu trudu menda še do danes ni pokopan — radi katerega gospa N. itd. ni smela imeti otroka. Dobro vemo, da je bilo od nekdaj mnogo takih primerov, kjer sta bili merodajni za odpravo edinele želja matere in ustrežljivost zdravnika.

Resnici na ljubo pa moramo ugotoviti, da izvira kakor omenjeni katar sam, tudi indikacija za splav radi njega iz časov velike diagnostične nesigurnosti glede začetne, pa tudi celó prav razširjene tuberkuloze pljuč. Dokler zdravniku niso bila na razpolago druga diagnostična sredstva kot uho in prst, je bil neizogiben visok odstotek diagnostičnih pomot. Saj vemo, da je še danes ogromno število ljudi, pri katerih je zdravnik bona fide diagnosticiral tuberkulozo radi bolj ali manj izrazitega stetakustičnega izvida poleg splošnih simptomov, natančni preiskavi pa se pokažejo pljuča kot popolnoma zdrava. Ravno tako ogromno pa je število onih, ki nosijo v sebi ob razmeroma dobrem subjektivnem stanju mesece in mesece odprto pljučno tuberkulozo, ki gre pod diagnozo bronhitide, prehlajenja itd., dokler ne dovede kaka krvavitev, vedno jasnejši splošni simptomi ali pa celó popolen zlom odpornih sil bolnika in zdravnika na pravo sled.

Danes taka diagnostična nesigurnost ni več potrebna. Treba je samo pravočasno misliti na možnost tuberkuloznega obolenja. Danes tudi katarja vršičkov ne poznamo več. Poznamo pa tuberkulozna all netuberkulozna in med tuberkuloznimi zopet aktivna, zdravljenja potrebna ali obsoletna, zdravljenja in oskrbe nepotrebna obolenja. Zato je mnogo lažje priti do zanesljivih pogledov na cel problem, o čigar važnosti so si edini zdravnik, državnik in evgenik.

Zdravniku je dana naloga, da ščiti življenje otroka in matere. Državnik danes že skoraj povsod s skrbjo prešteje število rojstev in upravičeno zahteva, da ne gre v nič niti eno mlado življenje, ki se da ohraniti. Evge-

nik pa zopet želi jamstva, da bo potomstvo zdravo in neobremenjeno s kaljo boleznimi. Edino odločilna pa mora biti beseda zdravnika. Njegova dolžnost je, da išče jasnosti in dobro pretehta pro in contra celega vprašanja.

Ako hočemo tedaj priti do danes sploh možne jasnosti, si moramo predvsem postaviti vprašanje: Je-li vpliv nosečnosti na tuberkulozno obolenje res tako usoden za mater, da upravičuje njeno prekinitve?

Na to vprašanje ni tako lahko odgovoriti, kakor bi se nam morda zdelo na prvi pogled. Saj je vedno in povsod v medicini težko iz enega slabega ali dobrega poteka boleznimi sklepati na zakonitost takega poteka tudi v vseh drugih slučajih. Pa še primerjanje posameznih bolezenskih slik med seboj je izredno težko že po kliničnem poteku samem, kaj šele, ako vpoštevamo obenem tudi socialno povezanost boleznimi, njeno odvisnost od splošnih higienskih in življenjskih prilik in še zraven konstituelne faktorje. Samo točna opazovanja velikega števila bolnic po možnosti skozi dolgo dobo pred nosečnostjo in po njej bi nam moglo nuditi dovolj jamstva za točnost naših zaključkov.

Takoj moramo poudariti, da te možnosti dolgotrajnega opazovanja pri svojih bolnicah v pretežni večini nismo imeli. Vendar pa mislimo, da smemo na podlagi svojih opazovanj storiti gotove zaključke. Prevečkrat smo namreč doživeli to-le:

Pacientka je sprejeta v zavod s težko odprto tuberkulozo pljuč. Ko izprašujemo anamnezo, dobimo tipičen odgovor: „Rodila sem pred toliko in toliko meseci, pa sem se prehladila in zbolela na pljučih. Preje nikdar nisem bila bolna“.

Od 1. januarja 1935 je bilo v oskrbi našega zavoda 57 žensk, ki so prišle v našo oskrbo v neposredni zvezi s porodom oziroma z nosečnostjo. Vpoštevati smo pri tem samo one bolnice, ki so rodile ne več kot 12 mesecev pred dozdevnim začetkom boleznimi, samo v enem slučaju je znašala doba od poroda do boleznimi 18 mesecev.

Zbolelo je od teh med nosečnostjo 11, v prvem mesecu po porodu 12, v drugem 5, v tretjem 4, v četrtem 1, v šestem 4, do devetega meseca 6, do dvanajstega 6, do osemnajstega pa 1. Sedem bolnic pa je zanosilo med boleznimi. Antecedencije (pleuritis in sl.) so imele mnogo let pred izbruhom boleznimi tri bolnice.

Dobro se zavedamo pri tem predvsem dejstva, da so podatki bolnika glede začetka svoje boleznimi nezanesljive. Skušali smo jih izpolniti s podatki sorodnikov, kjer je to bilo mogoče. Še vedno ne bomo ničesar vedeli o pravem začetku boleznimi. Toda s to napako moramo žal računati v vseh slučajih, ki nam pridejo v zdravljenje. Sigurno je samo, da nobena teh bolnic, razen navedenih sedem, ki so vedele za svojo bolezen in treh, ki so imele 6 do 16 let preje pleuritis i. sl., ni imela preje nobenega znaka boleznimi in ni bila tuberkuloza diagnosticirana preje, kot je v gornji statistiki navedeno.

Vsega je bilo v omenjenem razdobju v oskrbi našega zavoda 548

žensk, med njimi 260 ali 47% takih, ki pridejo za nosečnost in porod v v poštev (izločili smo 276 neporočenih ter 18 žensk čez 45. leto). 22% poročenih in ne čez 45 let starih žensk je zbolelo in prišlo v našo oskrbo v neposredni zvezi s nosečnostjo oziroma s porodom. Čudno majhno je med njimi število žensk s kronično, dolgotrajno tuberkulozo, ki so med boleznijo rodile.

O pomenu splavov ne moremo v zvezi z našim vprašanjem ničesar določenega reči, ker je izredno malo žensk navedlo splave v anamnezi (48), medtem ko imamo utis, da jih mora biti mnogo več. Pa tudi nimamo žal zanesljivih podatkov o časovni zvezi med splavom in začetkom bolezni.

Pregled o starosti naših pacientk (izpod 20 let 2, do 30 let 38, do 40 let 16) pokaže isto sliko, ki smo jo navajeni videti pri jetičnih bolnikih.

Dezolatna je slika, ki jo dobimo, ako si pogledamo obliko bolezni pri naših bolnicah: 31 izredno težkih, obojestranskih, kavernoznih, prognostično brezupnih tuberkuloz, pogostoma kombiniranih s tuberkulozo grla in čreves; 17 težkih, toda pretežno enostranskih kavernoznih fibrokazeoznih tuberkuloz, 2 težki cirozi s kavernami, 2 ulcerofibrozni ftizi s kavernami in samo po 2 incipientni ftizi in hematogeni tuberkulozi brez kavern. Med vsemi samo 3 bolnice brez bacilov v izmečku. V odstotkih torej 93% kavernoznih, med njimi 56% a priori brezupnih slučajev. Odstotek težkih in pretežkih bolezenskih primerov, ki iščejo zdravja na Golniku, je tudi sicer velik in se giblje leto za letom okrog 75%, pri naših bolnicah pa je očitno še mnogo večji.

Dobro vemo, da prihajajo v zdravilišče bolniki že kolikor toliko izbrani. Po bolnicah bi morda našli druge številke in drugo razmerje. Naj bi služile te vrste v vzpodbudo, da bi tudi drugod temu vprašanju posvetili več pozornosti.

Nismo mogli dobiti poročila o usodi vseh naših bolnic, ki bi nam mogla povedati, koliko se je obistinila naša prognoza, za 17 bolnic iz skupine infavstnih pa vemo, da so umrle in to večinoma zelo hitro. Samo ena od teh živi z bilateralno kolapsoterapijo in se počuti dobro.

Podrobne kazuistike ne mislimo navajati, vendar pa bi radi kratko skicirali potek bolezni v posebno zanimivih slučajih, zanimivih zategadelj, ker smo jih mogli dalj časa pred porodom in pozneje opazovati.

Č. M. iz s tuberkulozo močno obremenjene družine. Leta 1925 haemoptoe, pozneje pod stalno kontrolo vedno zdrava. Po drugem porodu pleuritis exudativa. Nato zopet zdrava. Leta 1936 zopet noseča. Med nosečnostjo se razvija fibrokazeozni proces. Pneumotoraks nemogoč. Precej nagel razvoj kavernozne ftize, ki kmalu preide na drugo stran. Smrt 6 mesecev po zadnjem porodu.

K. J. v oskrbi zdravilišča leta 1927 in 1930. Po zdravljenju s sicer nepopolnim pneumotoraksom, kombiniranim z frenikoeksajrezo kaverna po dveh letih izgine, pac. postane negativna. Je stalno pod zdravniško kontrolo in dobi radi sijajnega stanja dovoljenje za poroko. V 2. mesecu graviditete začne kašljati, se počuti slabo in ima subfebrilne temperature. Ponovno sanatorijsko zdravljenje, med katerim dobi precej močno hemoptoe. Porod.

Nato daljša febrilna perioda. Vedno bolj se razvija velika kaverna v desni gornji krpi. Še v zdravljenju, energičen operativen poseg (torakoplastika) je ostal neizogiben.

K. P. leta 1927 v oskrbi zdravilišča z veliko levostransko kaverno. Vkljub zelo nestalnemu zdravljenju ostane proces dolga leta popolnoma stacionaren, kaverna vedna odprta. Med nosečnostjo fudrojantno poslabšanje z hemoptoami, ki jih pac. preje nikdar ni imela. V 6. mesecu nosečnosti frenikoeksajreza. Rastoča respiratorna insuficienca, smrt 1 mesec pred pričakovanim porodom. Ta pac. ni šteta v statistiki, ker ni bila od 1928 dalje v oskrbi zdravilišča, toda pod stalno, čeprav neredno kontrolo. Operirana ljudi ni bila v zdravilišču.

Ni pa potek bolezni pod vplivom nosečnosti in poroda vedno tako neugoden. Za to nam govori sledeči primer:

M. J. brezposelna delavka, ki se preživlja večinoma z beračenjem. Od leta 1926 tuberkulozna. Leta 1934 se radi levostranske ciroze odloči za totalno plastiko, pri tem zataji že 4 mesece obstoječo nosečnost. Postoperativni potek jako dober. Razmeroma dobro stanje tudi pozneje, pa celó po porodu, ki je popolnoma normalen. Otrok pa po dveh mesecih umre na inanicii.

Precejšnje število bivših naših pacientk se je po ozdravljenju poročilo. Med njimi je zopet precej takih, ki so si želele in tudi dobile družinski blagoslov. Žal ne vodimo o njih nobene statistike, lahko samo po spominu in skušnji povemo, da so porod dobro prestale in da so tudi pozneje ostale zdrave. Slično je tudi z onimi, ki so med zdravljenjem s pneumotoraksom rodile. V naši statistiki imamo samo eno tako bolnico, ki je bila v 6. mesecu nosečnosti celó operirana (torakokavstika) in je ob pravem času rodila zdravo dete. Do sedaj je stanje pri tej pac. ostalo nespremenjeno dobro. Takih slučajev je bilo tekom let več, ne pa v zadnjih dveh letih, ki jih v naši statistiki edino vpoštevamo.

Vkljub temu, da nam, kakor rečeno, skoraj nikdar ni bilo mogoče naših bolnic pred porodom oz. nosečnostjo dovolj dolgo opazovati, imamo radi precejšnjega števila svojih opazovanj in vedno skoraj tipično iste anamneze določen vtis, da vplivata nosečnost in porod v mnogih slučajih jako neugodno na potek tuberkuloznega obolenja, še več: nosečnost ali porod lahko vzbudita dotedaj spečo tuberkulozo do usodepolnega razvoja.

Nemogoče nam je pa reči, ali je temu kriva nosečnost kot taka s svojim „toksičnim“ stadijem prvih mesecev, svojim stadijem „funkcionalne preobremenitve“ zadnjih mesecev ali s „krizo“, ki jo pomeni porod (Runge) ali je to porod sam, kakor smo se učili (hipna izpraznitev trebuha, padanje do tedaj visoko stoječe prepone, hipoma nastopajoče razširjenje stisnjenih pljuč itd.).

Braeuning, ki se je s celim problemom najintenzivneje bavil, je mnenja, da vpliva najbolj neugodno čas po porodu (poslabšanje ca. 6 do 8 krat bolj pogosto kot v prvih mesecih nosečnosti).

Naše številke so premajhne, da bi bile dokazilne še za drugo mnenje, ki se je v nas popolnoma utrdilo, da je namreč graviditeta razmeroma brez težjih posledic pri onih pacientkah, ki se lahko dosledno zdravijo, posebno z umetnim pneumotoraksom. To konzekventno zdravljenje je potrebno med nosečnostjo, še prav posebno pa po porodu.



FOLINERIN

**Glikozid iz folia nerii oleandri,
ki vpliva na srce.**

Folinerin je kemično enoten glikozid s stalnim in popolnim digitalisovim učinkom. Ta učinek naglo nastopi z izrazito diuretično komponento. Folinerin obdrži več let nespremenjen učinek.

Stekleničica za kapljanje z 10 ccm vsebuje 4 mg Folinerina.

SCHERING-KAHLBAUM A.G.

Znanstveno odeljenje

ZAGREB, SREBRNJAK 43/A

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.

REAL 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.

Tuberkuloza je ona bolezen, ki je menda najbolj od vseh povezana s socialnimi prilikami. Socialno stanje bolnice, s katerim je v ozki zvezi ravno tudi možnost doslednega zdravljenja predvsem v zdravilišču, vprašanje zadostne in dobre hrane in važno vprašanje, ali bo imela žena po porodu potrebno nego, ali bo morda morala že par dni pozneje začeti s tednim delom itd. moramo torej vedno vpoštevati, kjerkoli govorimo o poteku njegove bolezni. Poklic moža nam bo dal vsaj malo vpogleda v socialno stanje naših bolnic. Bilo je med njimi 19 kmetic, 18 žen uradnikov, oficirjev itd., 12 obrtniških in trgovskih žena, 5 delavk in 2 ženi zdravnikov. Kakor smo morali pričakovati pri pacientkah zdravilišča, njihovo gmotno stanje ni ravno najslabše in gotovo ni bilo v prvi vrsti odločilno za poslabšanje bolezni.

Iz lastne skušnje tudi ne moremo dati odgovora na jako važno vprašanje, ali se posreči s pomočjo splava ugodno vplivati na potek bolezni? Tudi Braeuning nam na to vprašanje ne more dati drugega odgovora kot da pravi: „Pri 102 nosečnostih, ki so trajale 3 do največ 4 mesece in so se po tem prekinile, sem videl 3 poslabšanja, pri 234 donošenih graviditetah pa sem videl 47 krat poslabšanje, pa tudi 11 krat zboljšanje stanja“. Vsekakor pa je tudi pri Braeuningu število poslabšanj po porodu mnogokrat večje, kot po splavu.

Po pri nas veljavnih zakonitih predpisih je odpravljenje plodu mogoče samo, ako je v nevarnosti življenje matere. Kako pa z otrokom tuberkulozne matere?

Ni dvoma, da je življenje otroka po tuberkulozi svoje matere v izredni meri ogroženo. Teoretično moremo računati že z možnostjo intrauterine infekcije, ki pa praktično najbrže nima skoraj nobenega pomena. Temhujše pa so nevarnosti za malega zemljana potem, ko je zagledal luč sveta. Zopet lahko navedemo tipičen odstavek iz anamnez naših pacientk. „Rodila sem pred ... meseci. Otrok se je krasno razvijal. Naenkrat pa je dobil vnetje možgan in je umrl.“ Neverjetno veliko je število žrtev, ki jih zahteva meningitis med otroci tuberkuloznih staršev, po naših utisih predvsem tuberkuloznih mater. Ni redek slučaj, da je tuberkuloza matere odkrita šele potem, ko je otrok zbolel za meningitido. Zdravnik to bolezen pravilno diagnosticira, išče izvor infekcije in ga najde pri materi. Pa tudi druge oblike tuberkuloze prvih otroških let niso redke, pa skoraj vedno smrtonosne za malega bolnika. Saj je izredno težko in se samo v majhnem odstotku posreči, mater prepričati, da ne sme poljubljati svojega miljenčka, ga jemati v svojo posteljo itd.

O pomenu in učinkovitosti vakcinacije z BCG-vakcino v tej zvezi ne maramo govoriti. Tudi ako bi mogli pripoznati popolno in zanesljivo učinkovitost te metode, bi bili še jako daleč o njeni splošni rabi. Na te nevarnosti mora zdravnik pri presoji celega vprašanja misliti, glede splava pa seveda niso odločilne.

Mnogo prahu in debat je zlasti v Nemčiji dvignilo vprašanje stališča evgenike napram tuberkulozi. Ali kaže nosečnost tuberkulozne matere pre-

kiniti iz evgenične indikacije in morda mater celó sterilizirati? Debata je danes v glavnem zaključena. Ni dvoma sicer, da pomeni tuberkuloza staršev gotovo obremenitev za otroka v smislu večje dispozicije za tuberkulozno obolenje. Prav tako pa ni nobenega dvoma, da je navzlic temu mogoče, ohraniti otroka tuberkuloznih staršev celo življenje zdravega. Sploh pa je v kompleksu tega vprašanja izredno težko ločiti, koliko gre pri posameznem obolenju na račun infekcije in koliko na račun bodisi dedne, bodisi druge dispozicije.

Evgenik torej pri problemu tuberkuloze ne pride na svoj račun, vsaj ne v smislu nasilnih ukrepov. Drugače, ako se hoče poslužiti preventivnih sredstev. Nemški „zakon za preprečevanje dedno bolnega potomstva“ je tudi v tem oziru vzoren. Ta zakon namreč veleva, da je kaznivo dejanje, ako se poroči, „kdor vedoma boleha za kako nalezljivo boleznijo“. Med nalezljive bolezni v smislu tega zakona pa šteje tudi odprta tuberkuloza.

Mi že davno, seveda ne vedno s sigurnim uspehom, odsvetujemo svojim bolnikom poroko, dokler niso vsaj bacili definitivno izginili iz izmečka in poročenim, da naj ne bi imeli otrok, dokler traja odprta tuberkuloza enega od njih, posebno pa matere.

Braeuning pravi na koncu svoje večkrat citirane knjige: „Problem nosečnosti pri pljučni tuberkulozi še ni rešen“.

Ako hočemo navzlic temu priti do jasnih indikacij umetnega splava pri tuberkulozi, tedaj moramo predpostaviti sicer znano, toda ne vedno dovolj vpoštevano dejstvo, da je splav kot operativni poseg na mestu samo v prvih treh do največ štirih mesecih; pozneje postaja od meseca do meseca nevarnejši in izgubi svoj pomen kot življenje matere ohranjajoče sredstvo.

Nosečnost in porod lahko zelo usodno vplivata na razvoj tuberkuloznega obolenja, to pa tembolj, čim večji je vpliv drugih dispazicionelnih, predvsem socialnih činiteljev. Zato naj bi obveljali te-le vidiki za presojo vprašanja: splav ali ne.

1. Sodimo, da je prekinitev nosečnosti absolutno indicirana v vseh slučajih odprte, torej bacilrne tuberkuloze pljuč, ako ni dana možnost do skrajnosti doslednega in uspešnega zdravljenja — predvsem kolapsoterapije z vso potrebno nego — za časa nosečnosti in po porodu. To velja izključno za enostranske procese.

2. Obojestranska, odprta tuberkuloza pljuč je brezpogojna indikacija za odpravo plodu.

3. Pri težkih in po obsegu in intenziteti bolezni izgubljenih slučajih ni mogoče rešiti življenja matere niti s splavom. Zato bi kazalo, da se v takih žalostnih primerih ravnamo po socialnih prilikah, v katerih bi prišel otrok na svet in po želji staršev.

4. Zaprta tuberkuloza pljuč pride kot indikacija za splav v poštev samo, ako je zanesljivo dokazano, da je aktivna, ali ako preti materi opasnost radi velikega obsega tuberkuloznih sprememb s konsekutivnim zmanj-

šanjem vitalne kapacitete (težke ciroze, tbc. fibrosa diffusa, obojestranska obsežna tbc. secundarie fibrosa, akoprav brez kavern).

Diagnoza „zaprte“ tuberkuloze pa ne sme prevzeti vloge starega katarja vršičkov in ne sme služiti za izigravanje tuberkuloze kot indikacije za splav.

Tuberkuloza grla ali črevesa bo našo odločitev za splav samo še pospešila. O tuberkulozi drugih organov kot samostalni indikaciji za odpravljanje plodu v tej zvezi nismo govorili. Vendar bo naša odločitev vedno tudi v teh slučajih odvisna od obsega, intenzitete, benignitete ali malignitete procesa ter od možnosti uspešnega zdravljenja.

Za zdravnika, ki se zaveda svoje odgovornosti, predstavlja vsak primer tuberkuloze v zvezi z nosečnostjo problem, ki je izredno težaven že iz diagnostičnega vidika. Samo s pomočjo vseh sodobnih diagnostičnih sredstev je mogoče s sigurnostjo odkriti ali pa izključiti odprto tuberkulozo, določiti obseg in intenziteto kakega tuberkuloznega procesa. Še težje je odgovoriti na vprašanje o aktivnosti kake zaprte tuberkuloze, o potencialu tuberkuloznega procesa v pogledu možnega širjenja, razpada, hematogene propagacije.

Naj bo pa naša diagnoza taka ali taka, naj se odločimo za splav ali ne, vedno bomo morali bolnico, pri kateri smo diagnosticirali tuberkulozo, za časa nosečnosti in po porodu še več mesecev držati v stalni evidenci in če je le mogoče, v rednih presledkih pregledati, tudi ako ni alarmantnih simptomov, pri teh pa seveda brezpogojno takoj, ko za nje izvemo.

Pogostoma praktičnemu zdravniku ne bo mogoče priti do popolne jasnosti, pa tudi specialist se ne bo mogel vedno zanašati na eno preiskavo, temveč bo moral zahtevati večdnevno opazovanje. Naj bo pa tudi tukaj povedano, da ni zanesljive kvalitetne diagnoze tuberkuloznega procesa na podlagi samo ene preiskovalne metode, pa najsibodi n. pr. še tako dober rentgenogram. Prav to kvalitetno diagnozo pa neobhodno potrebujemo za rešitev stavljenega vprašanja.

Nalašč smo se odpovedali reprodukciji rentgenogramov, ker bi za precizno karakterizacijo indikacij in kontraindikacij bilo potrebno veliko število prvovrstnih slik, negledé na to, da zahteva presoja rentgenograma zopet prav posebno vajo in izvežbanost.

Naj nam bo dovoljeno, da zaključimo s sledečimi zahtevami, ki naj bi jih zdravniki širili med narod, da postanejo sčasoma sama ob sebi umevne tudi brez pretnje zakona.

Materinstvo je smisel zakona. Zato naj bi bila obvezna natančna preiskava ženina in neveste še pred poroko.

Dekle, ki se hoče poročiti, mati, ki hoče roditi, mora biti zdrava. Ako je bila kedaj bolna, tedaj mora biti zanesljivo ozdravljena.

Ako pa je še resno bolna in nima sredstev za dosledno in uspešno zdravljenje, tedaj smemo misliti na odpravljenje plodu.

Splav pride pa v poštev pri vseh prav posebno težkih oblikah bolezni, kjer nam ni mogoče zanesljivo uspešno vplivati na potek bolezni.

Materinstvo predstavlja obremenitev materinih telesnih moči. Ker se pod vplivom te preobremenitve sempatja lahko razvija do tedaj skrita tuberkuloza, naj bi se vsaka mati v prvih mesecih po porodu dala natančno preiskati, tudi ako se čuti zdravo.

Neobhodno potrebna pa je natančna in morda celó opetovana preiskava za vse, ki čutijo po porodu kak pojav bolezni, ki so imele že pred porodom, čeprav morda več let poprej, znake pljučnega ali tuberkuloznega obolenja in za vse, ki izvirajo iz tuberkulozne rodbine.

Zdravniki pa nimajo samo dolžnosti, da pomagajo pri širjenju teh zahtev med narodom, oni se morajo v prvi vrsti sami ravnati po njih. Neodpustljivo je več mesecev trajajoče zdravljenje kake porodnice, ki kašlja in ima subfebrilne temperature in slično več, ne da bi zdravnik mislil na možnost tuberkuloznega obolenja in vse storil, kar je v njegovih močeh, da pride bolnica do pravilne terapije. Neodpustljivo je, ako bolnice, ki je imela že tuberkulozo, po porodu ne pregledamo.

Dobro se zavedamo, koliko ovir mora zdravnik pri svojem delu danes še premagati. Našel jih bo na svoji poti še jako dolgo. Toda on in nihče drug je poklican, da rešuje enega najvažnejših problemov zdravstva, ki globoko posega v bodočnost vsakega naroda in države.

ZUSAMMENFASSUNG:

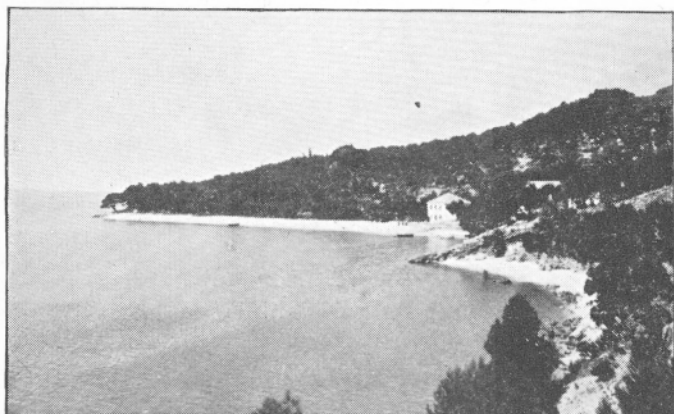
Dr. Neubauer—dr. Černe: Schwangerschaft und Tuberkulose. Es wird die Bedeutung des Problems vom ärztlichen, staatsmännischen und eugenischen Standpunkt hervorgehoben. Jeder Schlenhdrian in der Indikationsstellung (siehe Lungenspitzenkatarrh) muss aufhören und ist unbegründet, da der heutige Stand der Tuberkulosedagnostik eine genaue Indikationsstellung erlaubt. Von 554 Patientinnen der Heilstätte Golnik in den Jahren 1935 und 1936 bis 30. April 1937 waren 260 verheiratet und in gebärfähigem Alter. Von diesen sind 57 oder 22% im Anschluss an eine Schwangerschaft oder Geburt erkrankt. Auffallend ist die Häufigkeit ganz schwerer Krankheitsformen (93% kavernöser und 56% prognostisch infauster Fälle). Wenn auch eine genaue Verfolgung des Krankheitsgeschehens vor und nach der Schwangerschaft in den allermeisten Fällen nicht möglich war, so lässt doch das gegebene Krankheitsmaterial den Schluss zu, dass Schwangerschaft und Geburt meist ungünstig auf den Verlauf einer Tuberkulose einwirken. Diese ungünstige Einwirkung wird umso eher stattfinden, als im gegebenen Falle sociale Faktoren mitwirken. (Unmöglichkeit rechtzeitiger und konsequenter Behandlung, schlechte Ernährung usw.)

Aus dem Gesagten erhellt, dass in Fällen einseitiger, offener Tuberkulose die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft immer gegeben ist, wenn eine Behandlung nicht möglich oder nicht aussichtsreich erscheint. (Kollapsstherapie). Bei beiderseitigen offenen Prozessen ist die Indikation bedingungslos gegeben, bei ganz desolaten Fällen sollte sie von dem Willen der Eltern und den socialen Verhältnissen abhängen, die das Kind zu erwarten hat. Bei geschlossener Tuberkulose hängt die Entscheidung von der Ausdehnung des Processes, seiner allgemeinen Tendenz usw. ab. Diese Diagnose darf jedoch nicht ähnlich ausgespielt werden wie seinerzeit der Lungenspitzenkatarrh.

Eugenische Gesichtspunkte kommen vor allem in präventivem Sinne in Betracht (Eheberatung) Verbot der Eheschliessung für ansteckend Kranke nach deutschem Muster). Aufklärung der Bevölkerung in diesem Sinne ist dringend nötig.

„VILA MIRA”

SOLINE - KOD MAKARSKE



Morsko kupalište sa kilometre dugom i širokom plažom ispresjecanom uvalama, a ni vrevom ni pogibelju komunikacijskom uznemirivana. Uz plažu borova i maslinova šuma, kilometre velika, omogućuje šetnje po hladovini, a bliski vrh sa laganim usponom, lako je dostižan i komotnom turisti. Iz kreveta u more i po šumi u kupaćem kostimu izjednačuje sve društvene klase, a niska cijena Pensionsa, živa voda, ljekar u mjestu, familjarna udobnost soba, uz sve navedeno, može da privuče i najrazmaženijeg gosta kao i slabije situiranog na užitak neisporedive prirode. Izleti čamcima, motorima, autobusima i parobrodom. Dnevna veza sa Splitom i Makarskom.

Cijena 50.— Din dnevno po osobi.

Kupališna taksa 2.— Din dnevno.

Adresa:

»VILA MIRA«
BAŠKAVODA - SOLINE
(via Split)

LITERATURA:

- Braeuning: Lungentuberkulose und Schwangerschaft.
Liebermeister: Klinische Wochenschrift, 11/1924.
Lydin v Stadler: Richtlinien f. Schwangerschaftsunterbrechung.
Schultze—Rhonhof und Hansen: Lungentuberkulose und Schwangerschaft.
(Ergebnisse der gesammten Tuberkuloseforschung B III.)
Paukow: Tuberkulose und Schwangerschaft. (Schröder Handbuch der Tuberkulose).
Diehl—Breitbach: Über die Nachkommenschaft Schwertuberkulöser (Der Erb-
arzt 5/1936).
Iz zdravilišča Golnik (šefzdravnik dr. R. Neubauer).

Dr. T. FURLAN — GOLNIK

DEDNOST IN KONSTITUCIJA PRI TUBERKULOZI

Nadaljevanja in konec

Vendar smo končno dobili dve metodi, ki nam skoraj brez ugovora dokažeti konstitucionalno pogojenost tuberkuloze: to sta studij rodovnikov ter studij dvojčkov. Lansko leto sta izšli dve knjigi, ki sta utemeljiteljici novega nauka pri tuberkulozi in sicer „Stammbäume mit Tuberkulösen“ von Ickert—Benze ter „Zwillingstuberkulose“ Diehl—Verschuer. Miselni prelom zadnjega desetletja v naziranju patogeneze tuberkuloze je po obeh knjigah najodličnejše reprezentiran. Radi popolnega razumevanja stvari je bil ta uvod nujno potreben.

V Ickert—Benze-jevi knjigi je zbrano gradivo v 89 rodovnikih s 5235 osebami. Od teh je 590 bolnih na tuberkulozi in 286 od teh je umrlo za tuberkulozo. Rodovniki obsegajo 5 generacij. Baš radi te obsežnosti so gotovo precej pomanjkljivi. Še vedno pa so v stanu z veliko jasnostjo podati problem. Skoraj vsi so vzeti iz tuberkuloznih družin. Zaključki so sledeči: tuberkulozo moramo smatrati za infekcijsko bolezen. Iz rodovnikov je razvidna množitev novih obolenj, kadar so bacilonosci doživljali nove bolezenske sunke. Pridobljena imuniteta ni dedna. V mnogih rodovnikih število novih obolenj pada radi dotoka nove neobremenjene krvi ali pa radi izumiranja bolnih pred svatbo. Izumiranje brez potomstva povzroča, da pri beli rasi prevladira število naravno rezistentnih napram tuberkulozi (Auslesekrankheit).

Konstitucija in dednost. Ne moremo si predstavljati k tuberkulozi disponirujoče konstitucije v smislu splošne ali pa samo organske manjvrednosti (locus minoris resistentiae). Ickert in Verschuer se strinjata, da obstoja specifična konstitucija z recesivnim dedovanjem. Torej je potrebno za izbruh tuberkuloznega obolenja K. b. + gen — dispozicija k tuberkulozi. Kot modifikacije nastopajo pomožni faktorji 1. trajna infekcija 2. socialno stanje 3. alkohol, duševne traume, psihične abnormitete, diabetes, leptosomi tip, starostna doba. Iz nadaljnega studija 89 rodovnikov izhaja, da je dedna ne samo dispozicija k tuberku-

lozi ampak tudi forma obolenja pri posamezniku. 19 slučajev meningitide je omejeno na 14 rodovnikov. Poleg meningitide je v teh 14 rodovnikih mogoče najti polno drugih hematogenih form tuberkuloze. V vseh ostalih 65 rodovih pa ni mogoče najti niti ene same meningitide. Ta dejstva stoje močno v nasprotju z Redeker-jevo „Überfallsinfektion“ z masivno superinfekcijo kakor tudi s trditvijo, da se meningitide najdejo v enakem številu tudi pri neobremenjenih družinah. Take napake se nam kaj rade primerijo, če opazujemo samo dva kolena ali družino z ozirom na dedno obremenjenost, rod pa ne leži več v našem časovnem obzorju, napaka, ki jo je do danes delala večinoma vsa medicina. Ickert pa noče trditi, da poteka obolenje v vsakem rodu enako, čeprav se v 14 rodovih jasno odraža nagnenje k hematogenim metastazam. Šefzdravnik dr. Neubauer mi je v tem pogledu v osebni govoru izjavil, da pozna vasi na Gorenjskem, v katerih močno prevladuje kostna tuberkuloza. Preje smo mislili za ta slučaj na isti virus (tipus bovinus), sedaj pa moramo vzeti enako bolezensko pa tudi organsko dispozicijo, ki jo podedujejo sorodni rodovi posameznih vasi.

Gotovo najmočnejši dokaz v prilog konstitucijskemu dedovanju pa tvori Ickert-ovo opazovanje razvoja tuberkuloze pri šolskem razredu, ki ga je več let po vrsti učil učitelj z odrpoto tuberkulozo. Od 45 otrok je bilo 42 otrok ali 93,5% takih, ki so reagirali na tuberkulin v pozitivnem smislu, to se pravi 42 je bilo že inficiranih. Za tuberkulozo pa so oboleli le oni, ki so bili dedno obremenjeni. Obremenjenost je v tem slučaju smatrati tako, da rodovnik teh obolelih otrok ni bil čist v pogledu tuberkuloze. Kajti danes nimamo še nobenega drugačnega pripomočka, s katerim bi mogli ugotoviti resnično obremenjenost že prej, predno se bolezen pokaže.

Kako pa je z obremenjenostjo pri onih slučajih, ki nimajo v ascendenci niti bolnega niti umrlega za tuberkulozo, takozvani izolirani slučajji? Ali so ti neobremenjeni, ali ti slučajji ne posedujejo specifične dispozicije? V različnih statistikah se navaja kot glavni argument proti dedni specifični dispoziciji, da ni nobene razlike v poteku bolezni pri obremenjenih kot pri neobremenjenih, da je prognoza popolnoma nezavisna od familijarne obremenjenosti. Skratka, in to je varavi sklep, da familijarna obremenjenost sploh ne obstoji, če ne obstoji nobena razlika v poteku in prognozi med obremenjenimi in neobremenjenimi. Redeker si je pomagal z novim izrazom „Die endogene Grundlage“, samo da bi obšel obremenjenost, toda tega argumenta o enakem poteku se še z večjo pravico poslužimo mi v tem smislu, da se potek bolezni pri obremenjenih in neobremenjenih bolnikih zato ne razlikuje, ker so pač vsi obremenjeni in ne zato, ker ni nihče obremenjen, seveda ne smemo iskati dokazov za obremenjenost zgolj v eni družini, temveč v vsem poznanem rodu. Ker je tuberkulozna dispozicija najverjetnejše recesiven in ne dominanten dedni znak, če vpoštevamo tudi to, nam tudi „izolirani slučajji“ ne morejo delati preglavic ter služiti kot argument za nasprotovanje dednosti pri tuberkulozi. Danes je pregledovanje prednikov še jako težavna stvar in še malo zanesljiva. Čisto dru-

gačno in lažje stališče pa bomo imeli tekom sledečih 30 do 50 let, ko bomo imeli 3 generacije fiksirane na rentgenskih filmih. Začudilo me je, da nisem našel niti pri Ickert-u niti pri Verschuer-ju navedenega obratnega sklepa, ki je tako speljan mnogo verjetnejši kot prvotni sklep ter tvori novo, dokaj močno podporo za njihova izvajanja.

Če igra specifična dispozicija tako nadvse važno vlogo, potem bi bila upravičena misel, da nima vsa borba s tuberkulozo mnogo pomena, posebno če obupamo, da bi se s higijenskimi merami dalo preprečiti tudi minimalno infekcijo. Odgovor na to je sledeč: Tuberkuloza v otroški dobi ter tuberkuloza odraslih sta dve morfološko in prognostično različni bolezni. Tuberkuloza prvih dveh let sliči akutni infekcijski bolezni z infaustno prognozo. Tej dobi sledi doba mirovanja do začetne pubertete nekako do 15. leta. Za ta čas od 2. do 15. leta je naravna odpornost največja oz. telesni pogoji so za izbruh tuberkuloze nepovoljni. Od 15. pa do 30. leta je največ smrtnih slučajev. Važno je vedeti, da mnogo od teh slučajev začne svoj usoden potek v zaceljenih ranah, zadobljenih še v otroški dobi. Zato je najpomembnejša naloga vse borbe s tuberkulozo zadržati infekcijo čim dalje mogoče. Ne da preprečimo infekcijo (to se še nikjer ni do danes posrečilo), temveč da zadržimo infekcijo do zrelih let, to je novi nauk, ki nujno izvira iz novih vidikov pri tuberkulozi. Analogijo k temu stališču imamo jasno vidno pri difteriji.

Interesanten je odgovor Ickert-ovih rodovnikov na problem tuberkuloze pri zakonskih ljudeh. Sedanje številke so se gibale od 3 do 4%, kar predstavlja 10krat večje število obolenj kot pri ostalem prebivalstvu. Schmitt—Grandhomme pravi duhovito: številke nam povedo, da od 100 mož poročenih s tuberkuloznimi ženami 98·8% ne bo dobilo odprte tuberkuloze. Pri Ickert-u je obolelo v zakonu kot prvi partner 138 oseb ali 6% od vseh poročenih iz vseh rodovnikov. Od teh je bilo inficiranih le 9 drugih partnerjev ali 6·5% torej malo več kakor pri drugih avtorjih, toda še vedno dovolj, da uvidimo kako veliko vlogo igra poleg infekcije tudi naravna rezistenca.

V poglavju o obremenjenosti nas preseneti avtor z nenadejanimi števili, ki že sama po sebi nujno vodijo v evgeniko. Preiskava na dednost obsega 3479 oseb zdravih in bolnih. Pri 87 slučajih ni bilo mogoče najti obremenjenosti, kar znaša v procentih 5·3. Število se zdi visoko z ozirom na obolelost vsega prebivalstva samo zato, ker je Ickert izbral po večini samo take rodove, v katerih so imeli tuberkulozne slučaje. Rodovniki namreč niso sestavljeni na slepo ali na počez n. pr. vsi rodovniki ene vasi. Na drugi strani je pa to število jako nizko, če pomislimo, da ni bilo samo 5·3% mogoče zaslediti dedne obremenjenosti, posebno če poznamo druge statistike z neverjetno visokimi procenti neobremenjenih. Naj navedem le najvažnejše postavke: pri obremenjenosti samo po dedih se zviša obolelost vnukov na 10%. Sledi tabela z obremenjenostjo v vseh mogočih varijacijah. Obremenjenost po stricah in tetah pri zdravih roditeljih zviša obolelost otrok

na 15 %. En roditelj bolan, obolelost otrok 19 %. Obremenjenost po 1 roditelju in po stricu ali teti dvigne procent na 40 %. Enako pri obolelosti enega roditelja in deda ali babice, medtem ko pade pri obolelosti enega roditelja ali enega dedovega ali babičinega brata ali sestre na 27,1 %. Najvišji procent smemo pričakovati pri obolelosti obeh roditeljev. V vseh rodovnikih ni niti enega takega čistega slučaja, vedno so mešani z bolnim sorodstvom, ter so znašali ogromno število 57,5 do 62,4 %, povprečno 58,7 %, torej več kakor znaša v podobnem slučaju pri shicofreniji, ki daje samo 50 % obolelih otrok, kadar sta shicofreno obremenjena oba roditelja. Da zahtevajo te številke evgenična razmišljanja, je takoj jasno; v imenovani knjigi se to poglavje tudi nahaja. Mi se na to poglavje povrnemo, ko obdelamo tudi drugo knjigo tuberkuloze dvojčkov (Zwillingstuberkuloze). Predno preidemo k rezultatom iz študija dvojčkov, utrdimo zaključno misel: na podlagi študija rodovnikov pri tuberkuloznih ljudeh se da ugotoviti ogromno pomembnost dedne obremenjenosti za razvoj obolenja. Infekcijska teorija, peristatični vplivi izgube mnogo na svoji veljavi, posebno zato, ker so bili do sedaj ti vplivi precenjevani; toda še vedno ostanejo v veljavi, za kar nam posebno govori umrljivost v prvih decenijah človeškega življenja, ki bi bila lahko preprečena, če bi bila infekcija preprečena, oziroma če bi dosegli imunizacijo proti virulentni superinfekciji z avirulentnimi bacili, kakor si je to Calmette zamislil. Eno stoji sedaj trdno: Premagali smo impozantni utis, ki ga je na nas delalo odkritje patogenih bakterij skozi dolgih 50 let, zopet smo obnovili in prenovili prvo zdravniško gledanje, ki objema preko živeče družine ves dosegljivi rod v njegovi konstituciji. Temu dogodku v medicini ne pripisujem prav nič manjše pomembnosti, kot je bilo pomembno odkritje K. b. in vseh drugih bakterij v razvoju medicinske znanosti ter zato smelo rečem, da se nahajamo na pragu nove dobe.

Sedaj naj samo na kratko omenim študije dvojčkov z ozirom na tuberkulozo. Kakšne posebnosti nam more nuditi ta študij? Že preje sem omenil da je težko določiti glavne faktorje tuberkuloznega obolenja po njihovi veličini, koliko ima besede tuberkulozna dispozicija in koliko peristaza ali socijalni zunanji vplivi. Pri študiju dvojčkov se nam ti faktorji lepo razstavijo. Na primer: dedno enaka dvojčka živita v različnem miljeju, eden eksponiran, drugi ne, obolita oba istočasno z enako patogenezo — leži na dlani, da se nahajajo pogoji za enak potek bolezni v dvojčkih. Ali dedno različna dvojččna dvojčka v istem miljeju, eden oboli za tuberkulozo, drugi živi z njim in ne oboli. Dispozicija v obeh dvojčkih je različna. Danih je še več varijacij, ki nam omogočajo globlje prodreti v problem tuberkulozne dispozicije ter zunanjega vpliva na genotipus. Najvažnejši so vedno enaki dvojčki, ki nastanejo vedno iz enega jajca. Zato je njihova dedna masa enaka. V okolju nastopata kot en človek v dveh telesih. Na njih merimo veličino zunanjega vpliva na genotipus primerjajoč med seboj oba fenotipa ali splošnejše povedano, če živita dedno enaka enojajčna dvojčka v različnem miljeju, lahko na njima merimo učinkovanje miljeja, ker je konsti-

Specifična terapija vegetativnih nevroz

1. Simpatikotonija

Tahikardija
Migrena
Urtikarija
Hiperimenoreja

GYNERGEN

2. Vagotonija

Angina pectoris
Krise radi strahu
Epilepsia
Spazme
Hiperemija
Dismenoreja

BELLADENAL

3. Amfotonija

Labiliteta vegetativnega
živčnega sistema
Vazonevroze
Basedow
Nočno znojenje
Nevroze v klimakteriju

BELLERGAL

CHEMISCHE FABRIK VORM. SANDOZ - BASEL (SCHWEIZ).

ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelji

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

Sezona se prične s 1. majem

Radenske prirodne mineralne vode

Zdravilna,
Kraljeva,
Gizela,

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

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

Prospekti, brošure gratis!

DOBRNA PRI CELJU

396 m NAD MORJEM

NARAVNO - TOPLI 37° C VRELCI
ZDRAVIJO S POSEBNIM USPEHOM
SRČNE IN ŽIVČNE TER ŽENSKÉ 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!

Za rentgenske snimke uporabljajte samo

GEVAERT Super Rapid Special na modri, nevenljivi 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.

Kompletne zdravniške ordinacije, kirurške instrumente

in vse ostalo gumasto, kirurško in sanitetno blago — Vam dobavlja po najnižjih cenah in pod zelo ugodnimi plačilnimi pogoji

SPHINX — Mr. Ph. Josip Bemski, Zagreb — Ilica 17/IV

Kataloge na zahtevo!

tucija v obeh slučajih popolnoma enaka, milje pa različen, v našem slučaju različna tuberkulozna ekspozicija. Kar danes sploh vemo o človeški konstituciji, vemo ravno po študiju dvojčkov. Na ta način je odkrita cela vrsta obolenj kot konstitucionelne napake, caries dentium, diastema, srčna in kožna obolenja, osnove za rachitis, vagotonija, dalje schizofrenija in manija itd.: kratko za vso patologijo se je odprl nov vidik. Dedno različna dvojčka faktično ne predstavljata drugega kot dva brata ali dve sestri, ker nastaneta iz dveh jajčec. Lahko nam služijo za študij člov. konstitucije, če jih obdaja ista peristaza, isti milje.

Ločitev v enojajčne ali dvojajčne dvojčke ni lahka. Obstojajo gotovi predpisi za določevanje; tako mora biti vedno ista krvna skupina, isti spol je razumljiv sam po sebi, elektrokardiograma se krijeta v celoti in še polno drugih znakov, ki nas podrobneje ne zanimajo; zanimajo nas predvsem zaključki tega imenitnega študija kolikor so v zvezi s tuberkulozo. Materijal obsega 127 parov.

Prvi zaključek se glasi: „Razlika v različnem ponašanju eno in dvojajčnih dvojčkov napram tuberkulozi izvira edino le iz enakih dednih osnov pri enojajčnih dvojčkih in iz različnih dednih osnov pri dvojajčnih dvojčkih. Ta razlika v ponašanju napram tuberkulozi je tako velika, da je s tem čisto jasno podan dokaz, da je dedna osnova odločilna za nastanek in potek tuberkuloze. Dedni vpliv se nekoliko močnejše javlja v kasnejših letih“ (ad verbum). V številkah se ti stavki slišijo takole: pri 37 bolnih enakodednih parih je imelo 70% enak potek, 30% različen potek. Pri 69 različno dedujočih parih samo 25% enak in 75% različen potek.

Razlike v telesni konstrukciji, posebno v konstrukciji koša, ne morejo biti vzrok za različno ponašanje v tuberkulozi dvojajčnih dvojčkov. Kratkotermalno, niti eden od različnih konstrukcijskih znakov ne stoji v takem odnosu napram tuberkulozi, da bi se ga moglo smatrati kot vzrok, zakaj en dvojček oboli, drugi pa ne oboli. Zelo lahko izključimo, da bi ležalo bistvo tuberkulozne dispozicije v takih in podobnih konstitucionelnih posebnostih, prisiljeni smo sprejeti specifično dedno tuberkulozno dispozicijo. Nosilec te dispozicije bo obolev z nadpovprečno verjetnostjo za tuberkulozo, pomanjkanje tega genotipa zviša naravno resistenco. Prisotnost genotipa tuberkulozne dispozicije se da ugotoviti le na podlagi manifestnega obolenja. Vsi ti stavki se popolnoma skladajo z ugotovitvami prvega dela te razprave.

Kako si predstavljamo to specifično dispozicijo k tuberkulozi? Nekatere rastline so imune ali naravno resistantne napram deževni rji. Vzrok za imuniteto leži v povišanem odstotku tanina v rastlini. Torej predstavlja pomanjkanje tanina specifično dispozicijo za deževno rjo (Baur). Ljudskih infekc. bolezni še nismo v tem smislu analizirali. Pomislimo na recesivno dedne solnčne pege, ki nastopajo kot preobčutljivost kože na spec. dražljaj

— solnčna svetloba. Ravno tako so dedne različne idiosinkrazije, pri katerih reagira disponirajoči patološko na strogo specif. dražljaje.

Specifična dispozicija ostane lahko latentna. Dokaz za to so nam naši enojajčni dvojčki, ki so ostali zdravi v kljub svoji specifični dispoziciji, dokazani pri obolelem prvem dvojčku.

Število teh nebolelih dvojčkov znaša približno eno tretjino, kar pomen prenešeno na vse človeštvo, da se genotypus specif. dispozicije k tuberkulozi manifestira s precejšnjo verjetnostjo v 80 % ali z drugimi besedami približno $\frac{1}{3}$ tbc. disponiranih ostane zdravih. Seveda jemljemo specif. infekcijo 100 % možno. Šele v tem okviru se lahko javljajo drugi dedni modifikacijski faktorji v smislu pomaganja do manifestacije genotipa spec. disp., kakor so konstitucijski tip habitus asthenicus, dalje puberteta, pljučni vrški, laktacija itd. Vse to niso prvi notranji vzroki, nego le akcidentelni pomagači, ki zvišujejo število obolenj. Na tisoč načinov delujejo ti vzroki na posameznike, toda le redki obolijo. Vedno pa obolijo in umrjejo le oni, ki disponirajo (Diehl-Verschuer). Veliko vrzel v teh razmišljanjih tvori popolno pomanjkanje zanesljive epidemiologije tuberkuloze.

Vse te frapantne ugotovitve predstavljajo staro vero v novi znanosti. Za zdravnike današnjih dni so ugotovitve nad vse pomembne, ker nam kažejo nova pota v borbi s tuberkulozo. Za kurativno medicino predstavljajo zmanjšanje strahu in opasnosti, da bi z ev. superinfekcijo poslabšali stanje že obolelih v bolnicah, terapija ostane ista, ker dispozicije ne znamo pripraviti. Preventivno medicino pa potisnejo dejstva z energično gesto v evgeniko. To bomo storili tem raje, ker smo izčrpali skoro že vse možnosti, ki jih je dal študij infekcije in morfologije. Sedaj so odprte nove še ne izčrpane možnosti.

ZUSAMMENFASSUNG:

Dr. Tomaz Furlan, Assistent der Heilstätte Golnik: **Konstitution u. Tuberkulose.** Im ersten Teile seiner Ausführungen beschäftigt sich A. mit der historischen Entwicklung unserer Anschauungen über die Bedeutung von Konstitution und Infektion bei der Entstehung der Tuberkulose. Der zweite Teil ist in der Hauptsache eine kritische Studie der beiden bedeutendsten Werke über das gestellte Thema, die in der letzten Zeit herausgekommen sind: Diehl-Verschuer „Zwillingstuberkulose“ und Benze-Ickert: „Stammbäume mit Tuberkulösen“. A. schliesst sich der in beiden Werken vertretenen Meinung über die grosse Bedeutung der Konstitution in der Tuberkulogenese an.

LITERATURA:

- Bruno Lange D. med. Wchscht. 6/1934;
- Benze-Ickert: Stammbäume mit Tuberkulösen;
- Diehl-Verschuer: Zwillingstuberkulose.

Iz zdravilišča Golnik (šefzdravnik dr. R. Neubauer).

VPRAŠANJE VITAMINOV, POSEBNO VITAMINA C, PRI TUBERKULOZNIH

Minulo je že več kot 25 let, odkar je Funk odkril prvi vitamin (1911). Od tega časa pa do danes so ta problem vsestransko raziskovali; odkrili so številne nove vitamine, preštudirali njihovo oklevanje in njihov terapevtski pomen. Leta 1934 se je Reichstein-u celó posrečilo ustvariti sintetični C vitamin. V poslednjih letih pa je zanimanje zdravnikov in laikov za to vprašanje še silno naraslo. Kljub temu so ostale še mnoge strani nerešene, kar velja še posebno za terapevtsko uporabo vitamina, čije pomen, indikacije in uspehi še niso dovolj sigurni.

Da bi tudi mi nekoliko prispevali k rešitvi tega vprašanja, posebno še v zvezi s tuberkulozo, smo začeli skoro pred enim letom pregledovati urin na C-vitamin, že več kot pol leta pa vršimo te poizkuse pri vsakem novem bolniku, ki ga na to po potrebi podvržemo vitaminskemu zdravljenju.

V celoti smo izvršili 241 prvih in 335 ponovnih poskusov, kar daje skupno 576 poskusov. V začetku smo delali samo praktične poizkuse z dichlorphenol-indophenolom po Tillmann-u, kasneje pa smo v vsakem primeru posebej določevali še točno količino C-vitamina v odstotkih po kolorimetrijski metodi Jetzler-Niederberger-jevi. Pri novih bolnikih smo vse te poizkuse izvršili prvi ali drugi dan po prihodu v zavod, a kasneje po dveh mesecih. V slučaju, da se je tudi tedaj pokazal deficit vitamina v urinu, smo dajali bolniku vitamin in to vse dotlej, dokler se ni pokazala kompenzacija glede vitaminov. Onim, ki so bili brez hipovitaminoze, kakor tudi vsem onim, ki so deficit nadoknadili v prvih dveh mesecih, nismo dajali vitaminskih preparatov. Izjemo smo običajno delali pri bolnikih, pri katerih je v teku bolezni prišlo do raznih incidentov in komplikacij (krvavitve, rume-nica, gripa). Tem smo dajali vitamine tudi vkljub temu, da so jih imeli v dovoljni množini.

Ugotovili smo, da je od naših 241 bolnikov prišlo v sanatorij 155 ali 64 % z manjšim ali večjim primankljajem C-vitamina. Količina askorbinske kisline v urinu je v večini slučajev varirala od 1,0 % — 3,0 % mgr. Redki so bili slučajji z 4,0 % mgr., kakor tudi ekstremni z 0,3 % — 0,4 % mgr. Iz tega je razvidno da je 64 % naših bolnikov že prišlo v zdravilišče s hipovitaminozo t. j. z izpod 5,0 % mgr. kar se jemlje za normalno. Omeniti moram, da smo pri nekaterih bolnikih pregledali urin celó po večkrat na dan. Pri tem smo opazili, da se pri poedincih (tudi pri zdravih) menja količina izločenega C-vitamina in stopnja kompenzacije tekom dneva in to — kar je gotovo posebno zanimivo — neodvisno od vrste hrane, ki so jo dotični uživali.

Onih pa, pri katerih ni bilo deficita vitaminov (kompenziranih), bilo je 86 ali 36 %. Pričakovali smo, da bodo v to grupo spadale vse lažje forme tuberkuloze in pa bolniki, ki razen temperature nimajo nobenih vidnih spre-

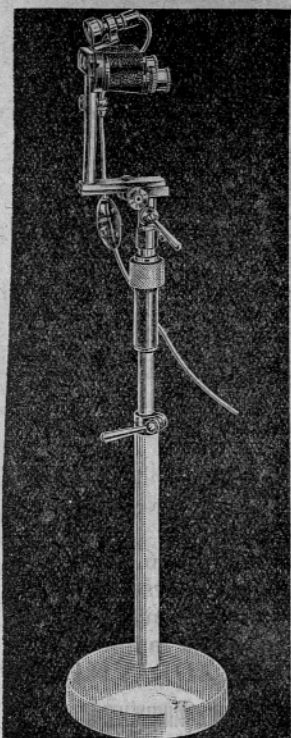
memb na pljučih. Vendar pa ni tako. Naš bolniški material pretežno obstoja iz bolnikov, ki spadajo v III. stadij bolezni (po Turban — Gerhardt). Tako je n. pr. v letu 1936 pripadalo temu stadiju 83 % bolnikov! Zanimivo je, da je prav v grupo z normalnimi vrednostmi vitaminov spadalo tudi 7 desperatnih slučajev; pri nekaterih od teh poslednjih se je vrednost askorbinske kisline gibala od 20,0 % — 30,0 % mgr., pri enem bolniku s težko kavernozno fitizo pa celo 35,8 % mgr.

Zanimalo nas je, kateri obliki tuberkuloze so pripadali naši bolniki, bronhogeni ali hematogeni. Znano je, da ima C-vitamin velik vpliv na krvne žile, posebno še na krvne kapilare in trombine. (Kühnau). Če je to točno, potem bi mogla nastati domneva, da pomanjkanje vitaminov vpliva na širjenje bolezni po krvni poti. Pri 43 bolnikih smo našli hematogeno tuberkulozo (od teh je bilo 11 s kompenzacijo vitaminov, a 32 z vitaminskim primanjkljajem), medtem, ko jih je bilo z bronhogenim tipom pljučnih procesov 140 (od teh 42 s kompenziranim, 98 pa z vitaminskim deficitom). Vsi drugi slučajji so spadali k nedoločenim formam, ali pa so bili brez izrazitih patološko-anatomskih sprememb. Iz vsega tega ne moremo izvajati nobenih zaključkov, toda opazovanje kot tako se nam zdi zanimivo in omembe vredno.

Že preje smo omenili, da smo pri vseh onih, pri katerih se je ob prvem poizkusu pokazala hipovitaminoza, delali stalno po dveh mesecih še drugo preiskavo. Ves ta čas so ti bolniki bili pod navadnim klimatsko-dijetskimi režimom, s hrano, ki so jo imeli vsi ostali pacienti, seveda poleg vse ostale potrebne terapije. Po dveh mesecih že je 40 % kompenziralo svoj vitaminski primanjkljaj, medtem ko je ostalih 60 % imelo še dalje deficit. Tem smo potem dodajali k navadni hrani še razne vitaminske preparate, odnosno dajali specijalno dieto, bogato na vitaminih, o čemer bomo še govorili.

Zanimalo pa nas je tudi, kako je z vitamini pri popolnoma zdravih osebah. V to svrhu smo izbrali med zdravniki in strežniki one, pri katerih ni bilo sledu o bolezni, bodisi tuberkulozne, bodisi netuberkulozne prirode. V celoti smo napravili preizkušnjo pri 15 osebah, od katerih smo pri 9 ali v 60 % našli hipovitaminozo; kompenziranih pa je bilo vsega 6 ali 40 %. Vitaminski deficit je torej pri zdravih ljudeh celo večji, kot pri tuberkuloznih.

Jako zanimivi so za nas bili oni slučajji, pri katerih smo napravili poskuse z vitaminskim zdravljenjem. Pri teh smo običajno začeli s tem, da smo dajali prvi teden vitamine per os, pri onih, ki so potem še vedno imeli deficit, smo nadaljevali z dajanjem še drugi in tretji teden, toda sedaj parenteralno. Pri gotovih bolnikih smo to zdravljenje še nadaljevali do popolne kompenzacije. Per os smo dajali Cebion, Redoxon in Cevita 3krat dve tableti, kar odgovarja 300 mg. čiste askorbinske kisline. To je v skladu z naredbami v literaturi (Stepp i dr.), kjer se zahteva za kompenzacijo deficita pri zdravih dajatve od 25 do 50 mg., pri bolnikih pa 200 do 300 mg. vitamina C. Ker pa so razni preparati precej kisli in jih bolniki po daljši uporabi neradi



ZEISS

Kolposkop

po prof. Hinselmann-u

10krat povečujoči binokularni lupni mikroskop z razsvetljavo in specialnim stativom

Po Hinselmann-u pri 10kratni povečavi spoznamo lahko karcinom vulve, nožnice, porcije in dela cervikalnega kanala že v prvem stadiju rasti, da celo v prvih predstadijih in ga zato lahko že v kali zatremo. Na osnovi rane diagnoze je mogoče odstraniti spremembe na sluznici z malim posegom in na ta način preprečiti razvoj raka k običajnim klinično-manifestnim pojavom. Za to izredno važno profilaktično zatiranje raka Kolposkopa ne moremo pregrešati.

Tiskovina „Medklop“ brezplačno

Carl Zeiss - Jena

Generalno zastopstvo:



M. PAVLOVIĆ, BEOGRAD, MIL. DRAŠKOVIĆA UL. 9
Poštanski fah 411

SIROP FAMEL

LAHKO TOPLJIVI LAKTOKREOZOTOV PREPARAT

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

Vsebuje pravi bukov kreozot v kombinaciji, katero lahko prenaša tudi najbolj občutljiv bolnik.

Odrasli: 2—3 velike žlice

Otroci: 2—3 male žlice

čistega ali s toplim čajem.

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

Literaturo in poskusne steklenice pošilja gg. zdravnikom:



ODIO FAMEL, ZAGREB, HATZOVA 14

Radio-Therma, Laško

Odprto celo leto

Radiotermaalne kopeli 37.5° C. Elektroterapija,
ogljikokisle in kisikove kopeli, masaža in diete-
tično zdravljenje. — Najučinkovitejše zdravljenje
ishijasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, re-
konvalescenca, 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

VESTIN DRAGEES

Dr. WANDER

DERIVAT
PHENYLAZODIAMINOPYRIDINA
RUMENO BARVILO ZA TERAPIJO UROGENITALNIH
OBOLENJ

V organizmu se hitro rezorbira ter se v kratkem času popolnoma in neizpremenjen izloči v urinu

Cevčica z 20 dražejami
Bočica z 50 dražejami

Vzorci in literaturo pošilja na zahtevo

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

jemljejo, smo se v zadnjem času odločili za Jecocitrol in Jekoslada, kar bolniki radi sprejemajo. Za to zamenjavo smo se odločili še radi tega, ker se v Jekosladu in Jecocitrolu, poleg C-vitamina nahajajo še drugi vitamini. Kar se pa tiče parenteralne aplikacije, smo začeli s različnimi preparati, vendar ostali pri Redoxonu, ker se lahko daje, ne boli in se dobro prenaša. Do kompenzacije smo dajali dvakrat dnevno po eno ampulo Redoxona (skupaj 200 mgr. ali 4000 I. E. vitamina C), od kompenzacije dalje pa nekaj časa po eno ampulo, pozneje pa Jekoslada ali Jecocitrola.

Posrečilo se nam je, da smo pri teh bolnikih in to pri 39,1% kompenzirali njihovo hipovitaminozo že v teku prvega tedna s peroralnim dajanjem različnih vitaminskih preparatov. Vendar je ostalo še 60,9% hipovitaminoznih. Pri teh smo potem poskušali s parenteralnim dajanjem vitaminov priti do uspeha. Koncem drugega tedna je bilo kompenziranih še 18%, kar daje skupno 57,1%. Pri dveh slučajih smo to kompenzacijo dosegli šele po poldrugem mesecu stalnega parenteralnega dajanja, pri vseh ostalih slučajih, cca 35%, ni niti po dolgotrajni kuri nastopila nobena sprememba v urinu in je bila kontrola večinoma prekinjena z njihovim odhodom iz zavoda.

Prav posebno smo se pa potrudili vplivati s pomočjo vitaminov na potek raznih komplikacij, ki spremljajo potek pljučne tuberkuloze. Tako je n. pr. pri 12 bolnikih v času naših poskusov nastala manjša ali večja krvavitev. Pri sedmorici od teh je obstajala hipovitaminoza, pri ostali petorici pa je bila količina vitaminov normalna. Pri vseh smo delali intenzivno vitaminsko parenteralno kuro, toda poleg ostale terapije. Ravno zaradi tega pa tudi ne moremo s popolno gotovostjo trditi, kaj je pravzaprav trajno zaustavilo kri pri oni četvorici naših bolnikov, kjer se nam je to posrečilo. Pri teh se vse do danes krvavitve še ni ponovila. Pri osmih bolnikih se je krvavitev še nadaljevala kljub vitaminski in ostali terapiji, kar ne bo nikogar presenetilo, ki pozna muhavost pljučnih krvavitvev. Prav za fiziologijo bi bila ogromna pridobitev, ako bi imeli v rokah hemostatikum, s katerim bi dosegli slične sijajne uspehe, kakor so objavljeni v literaturi. (Aleksander i dr.¹⁾).

Ko smo že pri krvavitvah, bi omenil tudi poseben slučaj te vrste. Znano je in nas je med drugimi n. pr. opozoril Kušan, da se gotove hemoptoe ponavljajo vedno za časa menstruacije. Tako je tudi neka naša pacientka vedno za časa menstruacije imela lažje hemoptoe. Takoj ob prihodu v zavod smo začeli z Jecocitrolom, katerega jemlje od takrat vsak dan. Pri sledeči menstruaciji je bila krvavitev ista kot preje. Takoj smo prišli na parenteralno dajanje (Redoxon injekcije po 1 amp. na dan) in to vse do naslednje menstruacije, ko se zopet pojavi hemoptoe. Po končani menstruaciji dajemo 20 dni Jecocitrol in Jekoslada, a 8 dni pred menstruacijo preidemo na Redoxon (1 amp. dnevno). Zopet hemoptoe za časa menstruacije, vendar nekoliko manjša. Nadaljujemo z vitaminom per os; menstruacija,

¹⁾ Cit. po Budaku: „Vitamin i calcij“.

ki se pojavi 2 dni preje, mine sedaj brez hemoptoe. Pri tem slučaju smo dosegli sličen uspeh, kakor ga je objavil Vogt. Pripomniti pa moramo, da je v tem slučaju od početka do konca bila količina C-vitamina v urinu normalna.

Med drugimi komplikacijami, ki so se pojavile med našimi bolniki, je bila influenza (gripa) in to v 7 slučajih, od katerih je samo pri 3 obstojala hipovitaminoza. Vsem skupaj smo dajali intenzivno C-vitamin (2 krat 1 amp. Redoxona), vendar nismo mogli opaziti, da bi se vsled tega zmanjšalo trajanje bolezni ali pa, da bi bili drugi simptomi blažji. Moramo pa priznati, da smo letos videli posebno težke gripe, ki so potekale drugače, kakor to ponavadi vidimo. Pri enem od teh slučajev je bilo treba celih 45 dni, da smo dosegli kompenzacijo, temperatura pa je celo še 10 dni dalje bila okrog 39°.

Še večje je bilo naše zanimanje pri ikteru, ki smo ga imeli priliko opazovati v 5 slučajih. V literaturi se omenjajo dobri uspehi vitaminskega zdravljenja ravno pri tej bolezni. Od naših slučajev so bili 4 pred ikterom brez deficita vitaminov in samo eden z hipovitaminozo. Eden od teh 4 slučajev je tik pred ikterom postal hipovitaminozen; zato smo slučajno lahko opazovali ves potek. Čim se je pojavil icterus, smo začeli dajati enkrat po 1 amp. Redoxona tako, da je še pred koncem rumenice bila hipovitaminoza kompenzirana. Pri drugem slučaju pa, ki se je pojavil en dan kasneje in ki je začel z mnogo burnejšimi simptomi, je obstajala hipovitaminoza od začetka do konca bolezni. Icterus je tudi tu končal tako hitro in tako lepo kot pri prvem slučaju (v 3 tednih). Najbolj zanimiv je 5. slučaj, ki je dobil rumenico ravno za časa trajanja vitaminskega zdravljenja, ki je bilo pri njem, razen injekcij kalcija, edina terapija.

Opazovali smo tudi osem eksudativnih pleuritid, pri katerih je bila petorica s hipovitaminozo. Radi odhoda bolnikov iz zavoda smo vitaminsko zdravljenje lahko podvzeli samo pri dveh: pri enem od teh se je kmalu javila kompenzacija po peroralni dajatvi (Redoxon), pri drugem pa je deficit ostal vse do odhoda (4 tedne).

Opazovali smo tudi 3 slučaje kožnih reakcij po zlatu. Vsi trije so bili hipovitaminozni. Eden od teh je zelo zanimiv: 1. III. 37. l. je dobil bolnik po običajni dozi zlata (Solganal B. ol. 0.4), najprej stomatitis in močen endantem v ustih, potem so v 2 dneh obe plicae ventriculares toliko otekle, da so skoro zakrile vhod v larynx. Takoj na to sledi močna kožna reakcija skoraj po celem telesu, da je ostalo prosto samo lice (razen ustnic) in ekstremiteti. Obenem s kožno reakcijo so tudi tonzile močno zatekle. Po 15 dnevni vitaminski kuri (prvi teden dvakrat 1 amp. Redoxona, potem po enkrat 1 amp.), je začel izginjati najpreje endantem, potem oteklina v grlu in na tonzilah, končno pa tudi na koži. Istočasno je prišlo tudi do kompenzacije vitaminov. Po enem mesecu od početka komplikacije je bilo zopet vse kakor preje, edino le larynx je nekoliko rdeč s spremembami, ki so obstojale že pred reakcijo. Vkljub temu, da gre samo za eno opazovanje,

bi hotel vendar pripomniti, da smo imeli vtis, da so pri tem bolniku vse komplikacije izginile veliko hitreje, kakor to ponavadi vidimo pri sličnih slučajih. K temu še pripomnim, da slično hude reakcije po zlatu še skoraj sploh nismo videli.

Tudi pri devetorici zdravih s hipovitaminozo smo dajali skozi teden dni vitamine. Ves ta čas smo jim dajali 3 krat po 2 tableti Redoxona, ob nedeljah pa mesto tega 1 kg jabolk (100 mgr. C-vitamina) in 2 pomaranči (100 — 200 mgr. C-vitamina). Na ta način smo odpravili hipovitaminozo pri treh (33%); ostalih šest (67%) je ostalo nekompenziranih.

Poglejmo si še malo prehrano, ki jo dobijo naši bolniki, kar nas pač zanima s posebnim ozirom na dejstvo, da je pri znatnem odstotku hipovitaminoznih že hrana sama zadostovala za kompenzacijo. Na splošno je pri bolnem organizmu izgorevanje večje, kar velja seveda tudi za tuberkulozo, samo v še večji meri kot pri katerikoli drugi bolezni. Zato se v vseh zavodih za zdravljenje pljučne tuberkuloze posveča največja pozornost ravno temu vprašanju. Vzemimo kot primer hrano navadnega dneva.

Tako je n. pr. v sredo 21. aprila t. l. en naš bolnik z „normalno“ dijeto povprečno dobil to-le:

mleka	1,1 lit.	leče	20 gr.	govejega mesa	34 gr.
smetane	14 gr.	kumar	50 "	svinjskega mesa	34 "
sira-domačega	7 "	riža	26 "	različnih klobas	50 "
kave-zrnale	7 "	pšeničnega zdroba	20 "	piščancev	230 "
čaja	0,2 "	špinače	15 "	korenja	20 "
limone	1,4 kom.	jabolk	230 "	peteršila	3 "
jajca	1 "	češpelj	26 "	solate-motovilca	70 "
masli	40 gr.	čajnega masla	15 "	popra	0,5 "
olja	30 "	sladkorja	100 "	marmalade	4 "
kisa	4 "	pšenične moke	270 "	soli	20 "
krompirja	270 "	ržene moke	14 "	karfijole	30 "
jajčnih rezancev	60 "	telečjega mesa	105 "		

Izračunajmo količino raznih vitaminov, ki jih prejema bolnik na dan in primerjajmo potem našo hrano s hrano iz klinike v Zagrebu² in z ono v Münchenu³.

Iz sledeče tabele jasno vidimo, da dobijo naši bolniki vse vitamine mnogo nad določenim optimom. Temu dejstvu se moramo najbrže zahvaliti, da smo pri 40% naših bolnikov že po dveh mesecih, brez kakšne posebne vitaminske terapije dosegli popolno kompenzacijo. Nikakor pa si ne moremo pojasniti, zakaj so nekateri ostali stalno hipovitaminozni, čeprav so imeli isto hrano in čeprav se je pri poedinih proces v pljučih pomiril bolj, kot smo pričakovali. To velja tudi za one zdrave osebe, katere smo opazovali.

Kakšne praktične zaključke pa smemo izvajati iz naših poskusov in iz uspeha vitaminskega zdravljenja? Da bi mogli točno odgovoriti na to vprašanje, bomo skušali razčleniti ga z ozirom na posamezne simptome.

² Budak: „Vitamins i calcij“.

³ Stepp, Kühnau, Schröder: Die Vitamine. . . .“

Količina vitaminov v raznih živilih

Naslov bolniške ustanove	Vitamin A mg.	Vitamin B 1.	Vitamin B 2 mg.	Vitamin C mg.	Vitamin D
	minimum 1 mg. optimum 2 - 5 mg.	minimum 250 - 500 optimum 1000 - 2000	minimum 1 mg. optimum 2 - 5 mg.	minimum 20 - 50 mg.	minimum 2 optimum 10
Hrana III. raz. v boln. v Münchenu (16. - 22. IX. 1936).	6 - 33	200 - 270	2,3 - 4,7	36 - 58	10 - 20
Hrana III. razreda na kliniki v Zagrebu (19. - 24. XI. 1936).	8 - 40	400 - 750	3 - 5	30 - 53	6 - 12
Hrana v sanatoriju ⁴ Golniku (21. - 25. IV. 1937).	15. - 53,8	2.624	195,5 - 209,0 ⁵	110,3	9,0

Vzemimo najprej temperaturo, ki je pri tuberkulozi tolikokrat v ospredju našega zanimanja. Posebnega vpliva vitaminov na temperaturo nismo opazili, pa tudi posebne zveze med visoko ali povišano temperaturo in hipovitaminozo. Vedno je bila temperatura pač samo izraz intenzitete procesa samega.

Tudi teža ni stala pod vplivom vitaminov. Bolniki, ki so dobivali vitamine, vsekakor niso hitreje in več dobivali na teži, kot smo to navajeni videti pri navadnem zdravljenju.

Tudi z ozirom na krvavitve iz pljuč ne moremo — kakor smo videli — podati definitivne izjave.

Pa tudi tuberkulozni proces sam, kar je najvažnejše, ni potekal drugače, predvsem pa ne blažje pri bolnikih, ki smo jih zdravili z vitamini. Da ni bilo nobene zveze med intenziteto in stanjem C-vitamina v organizmu, predvsem pa ne z ozirom na benigniteto ali maligniteto procesa, to smo že preje dovolj jasno podčrtali.

Ravno zavoljo tega pa se nam zdi posebno problematičen dokaz C-vitamina v seču. Stepp jasno pravi, da nastopi pri zdravem kmalu nasičenje s C-vitaminom, nakar izločuje precej konstantno količino tega vitamina v urinu, kjer ga lahko dokažemo. Odprto pa je vprašanje, ali velja to tudi za bolni organizem, predvsem pa za tuberkulozo. Ali obstoja morda neka nesposobnost tuberkuloznega organizma, da se nasiti s C-vitaminom? Ali ga morda izločuje hitreje in sproti izprazni svojo rezervo? Toda videli smo, da to vprašanje tudi za zdravega nikakor ni rešeno. Vendar pa brez temeljitega odgovora ravno na to vprašanje, ne vemo ničesar o znanstveni in praktični vrednosti naših poskusov z urinom.

⁴ Pripomniti pa moramo, da količine vitaminov za nekatera živila v literaturi nismo mogli najti.

⁵ To število se nam zdi izredno veliko, vendar po literaturi z ozirom na količino vitaminov popolnoma odgovarja.

C-vitamin, o katerem smo v glavnem govorili — saj smo druge vitamine samo uporabili kot nekaj dodatka — se z izredno preprostim poskusom lahko dokaže v vsakem laboratoriju. To nas pa ne sme zapeljati, da bi se pre naglili v svojih zaključkih, še manj pa, da rezultate našega opazovanja s tem vitaminom brez nadaljnega prenesemo na mnogo bolj komplicirane druge vitamine.

Vkljub temu morda dajanje C-vitamina in vitaminov sploh ni brez vsake podlage, ako od njih ne zahtevamo preveč in ako njim na ljubo ne zane-marjamo druge važnejše metode zdravljenja. Sicer pa smo videli, da v mnogih slučajih že zadostuje hrana sama, da spravimo bolnika v C-vitaminsko ravnotežje — z vso rezervo, ki jo pač zaenkrat še zasluži to vprašanje. Dobro se pa vidi ravno iz teh vprašanj zopet enkrat stara resnica, da spada hrana in to mešana hrana k osnovi vsakega zdravljenja tuberkuloze.

Ako bi rabo C-vitamina posebno priporočali, potem v prvi vrsti pri onih bolnikih, ki pokažejo gotovo intoleranco napram sicer mnogokrat zelo uspešni in potrebni krizoterapiji. Ali bi kazalo, da dajemo vsakemu bolniku skupaj z zlatom preventivno tudi C-vitamine, to nam mora še-le pokazati opazovanje večjega števila bolnikov.¹

Zbiranje dovolj številnih, predvsem pa dovolj preciznih opazovanj nas bo tudi glede te terapije polagoma privedlo iz ozračja trgovske reklame in bo postavilo vitaminsko terapijo na pravo mesto, ki ji pripada in kjer bo koristno služila.

RÉSUMÉ

Dr. M. Grujić: La question de la vitaminothérapie — spécialement avec la C-vitamine — chez les tuberculeux. Dans le sanatorium Golnik nous avons fait, pendant presque une année, de nombreux essais (241 premières et 335 épreuves renouvelées) pour étudier d'une part l'importance biologique et pathobiologique de cette vitamine, d'autre part son effet thérapeutique. Pour nos essais nous nous sommes servi de la méthode de Tillmann, d'abord, et plus tard de la méthode du Jetzler-Niederberger.

Parmi ces 241 malades nous avons trouvés 155 (64%) cas de déficience en C-vitamine. Presque le même titre nous a démontré l'étude de 15 personnes absolument saines (60% de hypovitaminoses). Deux mois après l'entrée dans le sanatorium 40% des malades hipovitaminés a totalement compensé leur déficit. Pour le reste nous avons passé à la vitaminothérapie — peroral comme par voies parenterales — avec les différents produits (Cevitan, Cebion, Redoxon, Cantan etc), mais cette thérapie a réussi seulement chez 57% de cas, tandis que 43% de cette groupe a obstinément conservé son déficience en C-vitamine.

Le succès de la thérapie avec vitamine C, pure ou en combinaison avec des autres vitamines (Jecocitrol, Jecoslad), chez nos hemoptiques était problématique aussi. Le même résultat inconstant nous a donnée la vitaminothérapie chez 7 cas de grippe et chez 5 cas d'ictère commun. De la même manière, nous avons traité aussi trois cas d'intolérance de sels d'or avec graves complications cutanées. C'est peut-être le meilleur succès que nous avons obtenus dans ces cas.

L'importance de la C-vitamin pour l'organisme est indiscutable, mais il nous faudra

¹ Za časa korekture smo izvedli za slučaj, pri katerem nikakor ni bilo mogoče, s pomočjo C-vitamina preprečiti enantem.

beu acoup d'observations précises pour pouvoir dire le même sur l'importance des épreuves dans l'urine et, en même temps, du valeur d'une vitaminothérapie pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. C'est seulement après ces études nombreuses et exactes, que la question de vitamines sortira du champs de la réclamerie et qu'elle recevra sa place utile.

LITERATURA

- Budak: „Vitamini i kalcij“, Zagreb, 1937.
Dreyfus: „La Presse medicale“, 1936/29.
Greene, Steiner, Kramer: „The Amer. Rev. of Tuberc.“ 1936/5.
Kušan: „Zdravniški Vestnik“ 1934.
Sieburg: „Dtsch. med. Wschr.“ 1937/3.
Stepp, Kühnau, Schröder: „Die Vitamine u. ihre klin. Anwendung“ Stuttgart, 1936.
Studić: „Mitlg. aus der Prx.“ 1937/3.
Vogt: „Münch. med. Wschr.“ 1935/263.
Neumann: „Münch. med. Wschr.“ 1935/49.

Dr. JOŽA BOHINJEC

ZAVAROVANJE DELAVCEV ZA SLUČAJ ONE-MOGLOSTI IN PROTIJETIČNO SKRBTVO

Zakon o zavarovanju delavcev iz l. 1922 je uredil tudi rentno zavarovanje delavcev in sicer za slučaj onemoglosti, starosti in smrti. Toda to poglavje zakona, ki bi moralo stopiti v veljavo že julija 1925, ni prišlo do praktične uresničitve, ker so vsakoletni finančni zakoni pričetek izvajanja rentnega zavarovanja vedno odlašali. Minister za socialno politiko je imel sicer v vsakoletnem finančnem zakonu posebno pooblastilo, da sme te panoge zavarovanja uvesti v življenje, vendar se noben minister tega pooblastila ni poslužil. V dobi gospodarske prosperitete pritisk prizadetih delavcev za uvedbo teh vrst zavarovanja ni bil jak, tudi negotove politične prilike niso bile primerne za tako dalekosežne socialne reforme, odnosno zakone, pozneje v času gospodarske krize pa je bilo novih težav nabroj, ki so preprečevale uvedbo invalidskega in starostnega zavarovanja. Tako je rentno zavarovanje delavcev celih 15 let viselo v zraku, čeprav je že zakon o zavarovanju delavcev iz l. 1922 smatral za potrebno, da je uredil in predpisal vse, kar je za ureditev teh zavarovanj potrebno.

Leta 1937 se je minister za socialno politiko poslužil pooblastila, ki ga je imel v § 89. finančnega zakona 1936/37 in je dne 17. marca podpisal uredbo o uvedbi zavarovanja delavcev za slučaj onemoglosti, starosti in smrti. Isti dan je bila podpisana tudi izvršilna naredba k tej uredbi, ki ureja podrobnosti za izvedbo zavarovanja in pa zlasti medsebojne odnose med raznimi nosilci pokojninskega zavarovanja, kakor so: Osrednji urad za zavarovanje delavcev, Pokojninski zavod za nameščence, Bratovske skladišnice, Pokojninski fond osebja rečne plovitbe. Za invalidsko zavarovanje delavcev veljajo torej sledeči predpisi: Zakon o zavarovanju delavcev iz l. 1922, ki vsebuje meritorne zakonite predpise za zavarovanje za slučaj onemoglosti, starosti in smrti ter uredba in naredba z dne 17. marca t. l.

Rentno zavarovanje delavcev stoji v veljavo dne 1. septembra 1937, kar pomeni, da so za zavarovance merodajne le pravice, ki si jih bodo od tega dne dalje pridobili. Dosedanja doba zavarovanja ne pride v poštev. Za invalidsko zavarovanje je predpisana štiriletna čakalna doba, za starostno pa desetletna. To pomeni, da bodo prve invalidske rente mogle biti priznane šele v septembru 1941, prve starostne rente pa v l. 1947; za dečje in vdovske pokojnine je predpisana dveletna čakalna doba, t. j. do l. 1939. Zavarovanju so podvržene iste osebe, ki so podvržene zavarovanju za slučaj bolezni, z malimi izjemami. Za starostno rento je predpisana starostna doba 70 let. Za starostno rento dokaz nesposobnosti za delo ni potreben. Ker je starostna meja potegnjena zelo visoko, je na dlani, da se bo pretežna večina zavarovancev poslužila pravice do invalidske rente pred dosegom 70. leta starosti, čeprav je za to rento potreben zdravniški dokaz o nesposobnosti za delo.

Višina rente je v prvi vrsti odvisna od delavčevega zaslužka, t. j. od meznega razreda, v katerega je zavarovanec uvrščen. Neznatno je višina rente odvisna tudi od dobe zavarovanja, ker po predpisih zakona znaša renta v prvih desetih letih zavarovanja (seveda po dosegi čakalne dobe) osemkratni znesek povprečnega na leto vplačanega zavarovalnega zneska, po desetih letih zavarovanja pa dvanajstkratni znesek prispevka. Po teh predpisih bo renta v najvišjem (XII.) meznem razredu (dnevni zaslužek Din 48.— ali več) znašala v prvih desetih letih zavarovanja Din 3605.—, po desetih letih zavarovanja pa Din 5408.— vdovska ali dečja renta pa Din 901.— odnosno Din 1352.—.

Zavarovalna premija za omenjene panoge zavarovanja znaša 3% zavarovane mezde, tako, da bo skupni letni zavarovalni prispevek znašal Din 18,221.000.— kar pomeni, da bo v desetih letih nabrani kapital z obrestmi dosegel svoto Din 240,167.000.—.

Z uvedbo rentnega zavarovanja je v grobem dograjena stavba jugoslovanskega socialnega zavarovanja. Številke takoj povedo, da je rentno zavarovanje zelo skromno in da s svojimi dajatvami ne nudi zadostnih pogojev za življenski obstoj delavcev. Vendar pa je dana možnost, da v doglednem času zavarovanje izboljšamo. Tudi sedanje skromno zavarovanje v svojem celotnem učinku prinaša tako zavarovancem, kakor tudi socialno-zdravstvenim in socialnim potrebam javnosti mnogo koristi, saj vidimo, da so skupni letni dohodki iz zavarovanja kljub nizki premiji razmeroma visoki odnosno taki, ki dajejo možnost za investicije v zdravstvene in socialne svrhe. V možnosti teh investicij leži velik narodno-gospodarski pomen socialnega zavarovanja.

Invalidsko zavarovanje delavcev pa ima seveda izredno velik pomen v prvi vrsti za socialne in zdravstvene potrebe zavarovancev samih. Hočem se na kratko dotakniti zdravstvenih nalog, ki jih ima med delavstvom izvrševati invalidsko zavarovanje. Invalidsko zavarovanje po svojem praktičnem učinku pomeni predvsem automatično podaljšanje zavarovanja za slučaj

bolezni. Dajatve, predvsem zdravljenje, v bolniškem zavarovanju so časovno omejene, navadno na dobo enega leta. Po preteku tega časa neizprosno ugasnejo vse pravice iz naslova bolniškega zavarovanja brez ozira na zdravstveno stanje in na socialne prilike prizadetega zavarovanca. To dejstvo mora biti posebno usodepolno za bolnike, ki so žrtev bolezni, ki zahteva dolgotrajno zdravljenje. Sem spada predvsem jetika, ki v gotovih slučajih zahteva večletno zdravljenje. Zelo pogosti so slučaji, da je bolnik sredi najboljšega zdravljenja, ker mu je potekla po zakonu predpisana in dovoljena podporna doba, izločen iz staleža, zdravljenje na račun zavarovanja je ukinjeno, denarna podpora je ustavljena, z eno besedo: bolnik je prepuščen sam sebi in — milosti javni ali zasebni. Zavarovanci lastnih denarnih sredstev nimajo, da bi mogli nadaljevati zdravljenje. Na ta način so ogroženi dosedanjí uspehi zdravljenja, stran je vržen ves trud in seveda tudi denarni stroški, ki so navadno zelo visoki. Sreča je, da je mreža protituberkuloznih dispanzerjev razmeroma gosta, da morejo bolniki v njih dobiti vsaj ambulantno zdravniško pomoč. Ako na zavarovanje za slučaj bolezni ni neposredno priključeno invalidsko zavarovanje, ki ima prevzeti daljšo zaščito zavarovanca, v slučaju potrebe tudi zdravljenje, potem bolniško zavarovanja visi v zraku in more na svoji praktični vrednosti veliko izgubiti. Brez invalidskega zavarovanja bi morala biti v bolniškem zavarovanju podporna doba mnogo daljša, kakor je danes. Stavba socialnega zavarovanja brez zavarovanja za slučaj onemoglosti, starosti in smrti ni dograjena.

Kakor rečeno: invalidsko zavarovanje je tesno naslonjeno na bolniško zavarovanje in to zato, da more pravočasno in uspešno prevzeti daljšo skrb za zdravljenje zavarovancev. Invalidsko zavarovanje izvršuje dve enako važni funkciji: nudi možnost za obstoj s pomočjo invalidske rente, skrbi za zdravljenje oseb, ki so izčrpale dajatve iz naslova bolniškega zavarovanja. Zato mora zlasti protijetično skrbstvo v invalidskem zavarovanju videti eno najučinkovitejših in najprimernejših sredstev za preventivno službo v borbi proti tuberkulozi. Brez invalidskega zavarovanja sistematična protituberkulozna politika v delavskem zavarovanju ni mogoča, ker je bolniško zavarovanje kot kratkotrajno zavarovanje finančno preslabo, da bi moglo biti kos vsem težkim problemom jetike med zavarovanim delavstvom. Tega poslanstva se invalidsko zavarovanje v vseh državah tudi resno in dosledno zaveda. Kar je v socialnem zavarovanju na polju borbe proti jetiki ustvarjeno, je delo invalidskega zavarovanja, ki more radi finančnega sistema, na katerem je to zavarovanje zgrajeno, investirati razmeroma visoke zneske za potrebe preventivnega in kurativnega protijetičnega skrbstva. Invalidsko zavarovanje gradi iz svojih sredstev sanatorije, bolnice, organizira gozdne šole in počitniške kolonije za deco, ogroženo po jetiki, skrbi za koristno stanovanjsko politiko med delavstvom, vrši velikopotezno propagando. Tudi za individualno zdravljenje posameznega zavarovanca uporabi invalidsko zavarovanje velike zneske bodisi, da že predčasno od bolniškega zavaro-

vanja prevzame na svoj račun zdravljenje jetičnih bolnikov, bodisi, da po preteku bolno-podporne dobe nadaljuje z zdravljenjem. Invalidsko zavarovanje je upravičeno in dolžno, da vse stori, kar je za preprečitev predčasne onemoglosti potrebno. Invalidsko zavarovanje sodeluje v javni zdravstveni politiki po točno izdelanem načrtu, ki je običajno izdelan v sporazumu z najvišjimi zdravstvenimi oblastmi v državi. Čehoslovaška Osrednja socialna zavarovalnica je za individualno zdravljenje v času od 1927 do 1935 izdala Kč 186,386.375.—. Znatno večino tvorijo tuberkulozna obolenja. V Čehoslovaški je 62·6% invalidnih slučajev vsled tbc v starosti zavarovanca do 20 let, v starosti od 21 do 25 let 53·4%, v starosti od 26 do 30 let pa 42·4%. Toraj je tuberkuloza tudi v invalidskem zavarovanju posebno važen in težak problem, ki zasluži vso pažnjo in ki zahteva ogromne materialne žrtve.

Sedanje besedilo našega zakona o zavarovanju delavcev invalidskemu zavarovanju ne dopušča, da bi svoja sredstva smelo uporabljati za zdravstvene potrebe svojih zavarovancev. Po besedilu zakona je „glavni namen zavarovanja za slučaj onemoglosti dajanje trajnih invalidskih rent“. Zdravstvene naloge so pa zelo skromne. V § 72 je zavarovalni ustanovi dano pooblastilo, da sme s pristankom zavarovanca odrediti posebno zdravljenje, da se prepreči pojav onemoglosti, odnosno, da se onemogli zavarovanec usposobi za pridobivanje. To je individualno zdravljenje, ki je možno samo s pristankom zavarovanca na račun njegove rente ali hranarine. Radi tega je verjetno, da zavarovanci na zdravljenje ne bodo polagali važnosti, ker jim je hranarina ali renta večkrat edini vir dohodkov. Ta nedostatek je odstranjen v osnutku novele k zakonu o zavarovanju delavcev, ki je bil izdelan že l. 1930. Dokler novo besedilo zakona ne stopi v veljavo, invalidsko zavarovanje ne bo moglo izpolnjevati onih zdravstvenih in socialnih nalog, ki jih je po svojem bistvu in po svojem pravem namenu dolžno izpolnjevati. Nov zakon podrobnejše opisuje dolžnosti invalidskega zavarovanja na polju zdravstvene službe. Tako je v zakonu odpadel pristanek zavarovanca, bremena nosi zavarovanje in ne zavarovanec sam. Zdravljenje se mora v prvi vrsti nuditi jetičnim bolnikom. Invalidsko zavarovanje mora prevzeti tudi one stroške zdravljenja, ki bi drugače padali v breme bolniško-zavarovalne panoge. Nov zakon govori tudi o preventivnem zavarovanju in pravi, da sme invalidsko zavarovanje v svrhu prepečavanja onemoglosti uporabiti 0·5% predpisanegn prispevka za to zavarovanje, kar bi letno znašalo okoli Din 150.000.— za Dravsko banovino. Zakon tudi v tej zvezi tuberkulozo posebej omenja. Zakon pozna tudi perijodične zdravniške preglede za zavarovance. Z eno besedo: na široko in na vse strani so uveljavljenju invalidskega zavarovanja na polju zdravstvene službe odprta vrata.

Začetek je storjen. Težiti moramo za tem, da skoraj pride do novelizacije sedanjega zakona v modernejšem duhu. Toda tudi sedanje besedilo zakona dopušča dobro uveljavljenje invalidskega zavarovanja v proti-

tuberkuloznem skrbstvu, treba je samo hoteli in prav razumeti duh, ki je skrit v besedilu zakona. Doseženo pa je glavno: tuberkulozni bolniki po preteku bolniško-podporne dobe niso vrženi na cesto, oni ostanejo v varnem pristanu invalidskega zavarovanja v daljši oskrbi zdravnika odnosno sanatorija. V tem dejstvu leži velik napredek za zdravstveno službo v delavskem zavarovanju. Zato je prav, ako tudi zdravniki uvedbo invalidskega zavarovanja pozdravljajo.

RÈSUMÈ

Dr. J. Bohinjec, directeur de l'assurance sociale à Ljubljana: *L'assurance des ouvriers pour le cas d'invalidité et l'organisation contre la tuberculose.* Il y a, à peine, deux mois quand la loi yougoslave sur l'assurance pour le cas d'invalidité, de vieillesse et de mort a été promulguée. Cette loi, quoique dans sa forme actuelle pas encore parfaite, sera très utile à la lutte contre la tuberculose. Comme dans des autres pays cette loi rendra possible des cures suffisantes pour le traitement concernant des tuberculeux encore guérissables. Eu tout cas, nous sommes au commencement d'une évolution, qui peut porter des grandes avantages à l'organisation contre la tuberculose, en Yougoslavie.

Dr. M. KARLIN — GOLNIK

„DOMAČE“ ZDRAVLJENJE PLJUČNIH BOLEZNI (FITOTERAPEVTIČNI POMENKI)

Če hodiš, dragi bralec, po ljubljanskih ulicah in si ogleduješ izložbe, boš prav kmalu opazil, da so iz lekarniških izložb izginila skoraj vsa umetna zdravila in „specialite razen aspirinov in piramidonov. Namesto umetnih zdravil, ki jih izdelujejo v inozemstvu in za katere štejemo težke novce, boš zagledal v lekarniških izložbah stare dobre znanke: kamilice, sladke koreninice, senesovo listje santalov les, lapuh itd., bral boš prav domače napise: „kri čistilni čaj“, „planinski čaj“, „čaj zoper kašelj“, „čaj za čiščenje ledvic“ itd.

(Iz predgovora k slovenskemu prevodu Dinandove knjige „Naše zdravilne rastline“.)

Tako odločnih besed kot so te-le, že dolgo nisem slišal, mar ne? Močno dvomim, ali je sploh umestna takale samozavestnost? Res je, da nagibajo zopet nekateri zdravniki (med njimi so tudi taki, ki jim ni do mode) k vse večji uporabi zdravilnih „roč“, toda zgoraj citirani stavki se mi le zde malo pretirani.

Terapija pljučnih bolezni se je v zadnjih desetletjih vsled skokoma napredujočih diagnostičnih možnosti in vse boljšega vpogleda v bolezenska dogajanja bistveno spremenila. Zavzela je tako dejalnost, da ji tudi znanstveno izobraženi fitoterapevt ne more nič boljšega več nasvetovati kot morda kako nadomestilo za dosedaj rabljeno kemično sredstvo zoper bolezni spremljajoče simptome, ki pa morajo ob pravočasni radikalni terapiji

itak kmalu sami od sebe miniti. Vsaj za največjo skupino pljučnih obolenj — pljučno jetiko naj nam velja to stališče za neomajano in neomajno. Nekvalificirana ljudska medicina pa temu ogromnemu napredku s svojo tjavendan rabo zdravnih zelišč sploh ne more slediti in tava še nekje v srednjeveški „empiriji“. Poglejmo torej, kakšna rastlinska zdravilna sredstva so nam sploh na razpolago pri zdravljenju pljučnih bolezni!

I. DEL

Zapovrstno obravnanje tozadevne fitoterapevtične materije kot vzpodbuda za bralčevo kritično presojo.¹

A) Expectorantia

1. Emetica in *dosi refracta* zbudajo salivacijo in povečano izločevanje bronhialnega izcedka ter pospešujejo na ta način izmeček. Šolski medicini dobro znana inozemska korenina *ipekakuane* (0,5 g naenkrat) je prototip te vrste. Od domačih rastlin spada v to skupino dišeča vijolica (ljubica) — *viola odorata* — *wohlriechendes Veilchen*, čije korenine vsebujejo alkaloid violin tudi *viola* — emetin imenovan (sorodnik emetinu pri *ipekakuani*). Slični učinek ima tudi violin vsebujoča korenina pasje vijolice — *viola canina* — *Hundsveilchen*. Pristaši fitoterapije predpisujejo zatagadelj zopet (svoječas oficielni) *radix violae* (zmes korenin *violae odoratae*, *caninae* in *tricoloris*) kot prašek (0,3—1,5 g) ali kot infuz (2—6 g na 100); pri večjih dozah nevarnost bljuvanja! Ljudska medicina vporablja le redkokdaj korenino, temveč največkrat samo čaj iz vijoličnih cvetov, ki pa po Gessner-ju ne vsebuje nikakega violina, temveč le neko barvilo (cianin) in nek glikozid (metilester salicilne kisline). Ljudska indikacija kot potenje pospešujoč čaj (6—8 g flores *violae* na 1 l vode) je s tem upravičena (salicil), ne moremo si pa raztolmačiti, zakaj ga priporoča Kneipp pri napornem kašlju, pri dušljivem kašlju (z medom?), še drugi pa pri bronhiti, zasluženosti grla in pri jetiki za lažje izkašljevanje.

2. Saponini. Rastline, ki vsebujejo saponine, dražijo sluznice dihal in ta občutek praskanja izvablja večje izločevanje in s tem lažje izmetavanje. Šolska medicina se poslužuje dosedaj skoraj izključno le inozemskih saponinskih drog kot n. pr. *radix senegae* (od *polygala senega*), *cortex quillajae* (od *quillaja saponaria*) in *radix liquiritiae* (od *glycyrrhiza glabra*). Od domačih rastlin, ki vsebujejo saponine, priporočajo kot sredstva za izkašljevanje sledeče droge:

Milnica (*piperat*) — *saponaria officinalis* — *Seifenkraut* vsebuje v korenini približno do 5% saponina. Oficijelna medicina rabi *decoc-tum radice saponariae rubrae* (10—15 g : 100) kot ekspektorans. Fitote-

¹ Farmakodinamično razpredelbo drog sem prevzel po dr. Ernst Meyer-jevi knjigi *Pflanzliche Therapie* (G. Thieme, 1935); slovensko nomenklaturo in še kaj pa iz P. Aug. Dinand-ove knjige *Naše zdravilne rastline* (poslovenil Zoran Mozetič, Umetniška propaganda 1937).

rapevtom služi čaj (15—30 g presnih korenin in mladih listov kuhaj v 1 l vode) pri trdovratnem katarju in pri zasluženosti prsi z otežkočenim izmetavanjem. Pri istih obolenjih dajejo tudi sveže iztisnjeni (vitamini!) sok iz korenin stebel in listov (15—30 g na dan) v vinu ali mineralni vodi.

Trobentica (jeglič) — *primula officinalis* — *Schlüsselblume* ima v svoji koreniki do 8% saponina, ki pa je zelo grenkega okusa, močno draži sluznice in izziva povečano salivacijo, kar je zdravnike odvrčalo od predpisovanja. Temu nedostatku so odpomogle neke kemične tovarne in napravile preparate iz primule, ki so baje brez postranskih učinkov. Tusipect n. pr. je tak saponinski izdelek. Zeliščni zdravilci rabijo čaj iz korenin pri bronhiti, iz listov in cvetov pri bolečinah v prsih za lažje izkašljanje in oslajeni presni sok iz cvetov kot zdravilo zoper kašelj. Nekateri ljudje kažejo idiosinkrazijo napram trobentici.

Navadna ramšela (mnogomlečnik) — *polygala vulgaris* — *gemeine Kreuzblume* vsebuje do 2% saponina (senegina) in jo mirne duše lahko predpisujemo namesto inozemske senega-korenine (iz *polygala senega*). Fitoterapevti rabijo vso rastlino (ne samo korenine) v obari (20 g na $\frac{1}{2}$ l vode) pri pljučnici, kroničnih prsnihih boleznih, pri pljuvanju krvi itd. V iste svrhe rabijo tudi prašek (1 g na dan iz posušenega zelišča).

Grenka ramšela (grebenuša, križanka) — *polygala amara* — *bittere Kreuzblume* je po farmakodinamičnem učinku enakovredna prejšnji. Hvalilci rastlinske terapije jo dajejo kot infusum herbae polygalae amarae c. rapice (15—20 g na $\frac{1}{2}$ l vode) pri hemoptoi jetičnih, kronični bronhiti, nadihi in drugih pljučnih boleznih in v obliki praška.

Tudi zimzelena ramšela — *polygala chamaebuxus* — *immergrünes Kreuzkraut* služi v iste namene kot prejšnji dve.

Kot dodatek k omenjeni skupini naj navedem še nekaj rastlin, katerih se skoro izključno poslužuje ljudska medicina pri pljučnih (večinoma kroničnih) boleznih in čijih učinek temelji tudi na delovanju saponinov, ki jih le-ta zelišča vsebujejo, čeprav sicer v majhni množini.

Bršljan — *hedera helix* — *Efeu* so dajali nekaj pogostejše pri kronični bronhiti in otroški sušici.

Kilovnik (goli kilavec) — *herniaria glabra* — *Bruchkraut* služi v šolski medicini kot nam dobro znana herba *herniariae* pri vnetjih sečnih poti. Narod ga rabi tudi pri vnetjih dihal.

Lečuha (kilovnik, ženikelj) — *sanicula europaea* — *Heildolde (Sanikel)* je v rabi že od nekaj kot domače sredstvo (čaj 10—20 g na 1 l vode) pri kroničnih pljučnih boleznih, pljuvanju krvi in jetiki.

Jetičnik (očisti) — *veronica officinalis* — *Ehrenpreis* so rabili včasih kot nadomestek za ruski čaj. Ljudski medicini služi čaj iz herba *veronicae* (15 g na $\frac{1}{2}$ l vode), predvsem proti nadihi, pa tudi pri tuberkulozi pljuč (hemoptoe) ter pri pljučnem abscesu. Pljučno bolnim priporočajo tudi presni sok pomešan z zdrobom.

Pegasti kačnik (štrkovec, zminec) — *arum maculatum* — *Aronstab* je pri narodu (kuhan na vinu) zelo v čast kot zdravilo zoper katarje pljuč.

3. Eterična olja podana interno, se izločujejo skozi ledvice, pa tudi skozi pljuča, na čemer bazira njih delovanje pri pljučnih boleznih.

Ona pospešujejo ekspektoracijo ter dezodorirajo sputum. Še dandanes večkrat naglašujejo njih dezinficirujoče delovanje, česar pa po mojem mnenju do sedaj še niso mogli povsem dokazati. Pri notranji uporabi eteričnih olj moramo paziti na draženje želodca in ledvic. Zelo razširjena je v medicini raba eteričnih olj potom inhalacije.

V to skupino spadajo v prvi vrsti rastline, ki so bogate na eteričnih oljih. Pri nas pridobivamo največ teh olj iz domačih igličastih dreves. Če načnemo tako drevo, priteče iz njega smola — to je že surovi terpentin (terebinthina), ki se cedi iz smolnih kanalov debel in vej. Kakovost surovega terpentina je odvisna od vrste drevesa, iz katerega izhaja. Pri frakcionirani suhi destilaciji smol dobimo pridelek — terpentinovo olje (oleum terebinthinae). Prečiščeno tako olje (10—20 kapljic na ovseni sluzi) omejuje in dezodorizira izmeček in ga šolska medicina rada predpisuje pri putridni bronhiti, bronhoblenoreji, gangreni pljuč in bronhiektazah. V iste svrhe nam služi kristalinično terpentinovo olje — terpentinhidrat ($3 \times 0,1—0,4$ g).

Smreka — *pinus abies* — *Fichte* je staro ljudsko zdravilo pri pljučnih obolenjih. Rabijo mlade poganjke, ki jih ali jedo presne, ali pa kuhajo in oslajene pijejo kot čaj. Tudi sirup delajo iz njih. Prekuhani odcedek iz mladih storžev in poganjkov dodajajo kopelim za olajšanje dihanja vsem, ki bolehalo na pljučih, posebno onim z naduho. Sopara tega odcedka jim služi tudi za vdihavanje.

Bor — *pinus silvestris* — *Kiefer* rabijo v iste svrhe. Oficijelna medicina se poslužuje za inhalacije olja iz rušja (vrsta bora v visokem gorovju), to je oficinelni oleum pini pumilionis, ki je dober nadomestek inozemskega olja iz eukaliptovega drevesa. Fitoterapevti se poslužujejo tudi prekuhanih poganjkov našega borovca (tursiones pini) za inhalacije, kot sirup ali kot tinctura pini composita pri kronični bronhiti.

Jelka — *abies alba* — *Tanne* in macesen — *larix decidua* — *Lärche* imata prav slične lastnosti kakor prejšnja dva.

Od ostalih rastlin, čijih učinek tudi pripisujemo eteričnim oljem, ki jih ta zelišča posedujejo, so omembe vredne še sledeče:

Mirta (vedno zelena mirta) — *myrtus communis* — *Myrte* raste pri nas le umetno gojena. Iz nje pridobivajo mirtol, to je kamfer eteričnega olja, ki ga medicina predpisuje za notranjo rabo (0,2—0,5 g v kapsulah) ali pa v razprševalcu za inhalacije pri putridni bronhiti. Fitoterapevti ga rabijo tudi pri drugih pljučnih boleznih kot n. pr. pljučnici itd., narod pa kuha na vino mirtinu liste in jagode za jetičnike.

Česen — *allium sativum* — *Knoblauch* vsebuje tudi neko žvepleno eterično olje, ki baje ugodno vpliva na ekspektoracijo in ga rastlinski terapevti zavoljo tega radi dajejo pri fetidnih bronhitah in bronhektazah, pa tudi pri pljučni tuberkulozi. Meyer trdi, da deluje takorekoč specifično na katarje dihalnih organov pri kadilcih in na okvare po nikotinski zlorabi.

Koprec — *foeniculum officinale* — *Fenchel* pozna tudi ofici-

elna medicina in ga daje kot infusum (10—20 g semena na 100) za lažje izkašljevanje. Velikokrat ga najdemo tudi kot dodatek k raznim „prsnim“ čajem. Zaslažen koprčev čaj je priljubljeno ljudsko sredstvo pri prehladu in kašlju.

Sovec (povodni sovec, kobtlja) *oenanthe phellandrium* — *Rosfenchel* služi v medicini v iste namene kot prejšnji. Zeliščarji priporočajo decoctum (2 g na 1 l) pri naduhi, kronični bronhiti, pa tudi pri sušici in infusum (8—10 g na 1 l) pri prejšnjih boleznih ter še pri dušljivem kašlju in hemoptoi.

Tudi janež (sladki janež) — *pimpinella anisum* — *Anis* nam je še kot fructus anisi znan iz šolske medicine, predvsem pa kot liquor ammonii anisatus, ki ga splošno radi dodajamo raznim tinkturam in miksturam proti kašlju. Narod ga visoko ceni. V mnogih čajih ga dobimo kot dodatek n. pr. v čaju iz sleza, koprca, lapuha, trpotca in materine dušice, katerega zasladimo še z medom in ki ga mnogo rabijo pri suhi bronhiti, laringiti, dušljivem kašlju itd.

Divji majaron (dobra misel) — *origanum vulgare* — *Dosten* in vrtni majaron — *origanum majorana* — *echter Majoran* vplivata zastran svojih eteričnih olj ugodno na obolele dihalne organe. Dajemo ga n. pr. kot infusum herbae majoranae (1—2 g na $\frac{1}{2}$ l) pri bronhitah itd. V enake namene ga rabi tudi ljudstvo.

Še nekaj rastlin, ki vsebujejo eterična olja in ki jih ljudstvo rabi za lažje izkašljevanje pri pljučnih boleznih:

Izop (sipan) — *hyssopus officinalis* — *Ysop* dajejo kot čaj iz herbae hyssopi (10 g na 1 l) pri pljučnih katarjih in tudi zoper nadležno potenje jetičnikov.

Črna meta (somrak) — *marrubium vulgare* — *Andorn* rabijo kot infusum herbae marrubii (10—15 g na 1 l) pri naduhi, bronhiti in pomešano z regramom pri oslovskem kašlju in kroničnem katarju pljuč. V iste svrhe dajejo tudi sveži sok iz črne mele.

Mačja meta (mačjek) — *nepeta cataria* — *echtes Katzenkraut* služi narodnemu zdravilstvu kot prejšnja.

Grenkuljica (povoječek, srednjak, zlata verižica, šmarni slak) — *glechoma hederacea* — *Gundelrebe*. Iz njenih listov pijejo čaj. Sok iz presne rastline v mleku ali sirotki je bila včasih priljubljena pijača pri jetiki.

Rman (mezinec, škorecelj) — *achillea millefolium* — *Schafgarbe* je še morda najporabnejša rastlina iz te skupine. Čaj iz herbae et florum millefolii (20 g na $\frac{1}{4}$ l) dajejo pri pljučnih boleznih kot sredstvo za olajšanje kašlja.

Abrat — *artemisia abrotanum* — *Eberraute* le bolj poredko uporabljajo pri pljučnih obolenjih.

Eterična olja lahko apliciramo tudi skozi kožo percutano, kar so poslednji čas vpeljali v otroško prakso. Pertussin-balzam (mešanica raznih eteričnih olj) je nek tak preparat, ki se s posebnim čopičem namaže otroku na kožo recimo prs ali hrbta.

Pravkar opisana sredstva (t. j. saponini in eterična olja) po novejšem naziranju ne učinkujejo samo zdravilno s pospeševanjem izkašljevanja pri obolelih dihalih, temveč tudi z boljšo preskrbo krvi v pljučih in po drugi

plati delujejo zopet retrogradno na lokalna bolezenska žarišča s pomočjo nekakega zdravnega preobrata v vsem organizmu na ta način, da istočasno poženejo v tek diurezo in izločevanje žolča ter prisilijo žleze z notranjo sekrecijo na boljše izločevanje potom povečanega navala krvi vanje (Meyer).

Pristaši rastlinskega zdravljenja potemtakem ne vidijo v imenovanih zdravilih zgolj simptomatično učinkujočih sredstev za lažje izpljuvanje, temveč, kakor vidimo, še mnogo več.

Nadaljevanje prihodnjič.

Dr. STJEPAN IVIĆ — CELJE

O ZAPRTI TUBERKULOZI Z OZIROM NA DISPANZERSKO DELO¹

O biološko-imunitetnih svojstvih Kochovega bacila, o prvi, začetni, oziroma primarno zaprti tuberkulozni infekciji in njenem poteku v pljučnem tkivu, o raznih štadijih, pljučne tuberkuloze itd. Vam danes ne želim referirati, ker Vam je vse to gotovo že znano. Je pa tudi zelo težko v kaki znanstveni panogi podati nekaj novega in originalnega. Saj so ravno o jetiki toliko napisali, referirali in predavali, da bi za denar, ki je bil porabljen za literaturo o tem predmetu, lahko sezidali večje zdravilišče. Tudi vsi znaki začetne in zaprte tuberkuloze so Vam vsem dobro znani.

Kot vodja dispanzerja želim, da Vam danes v svojem kratkem referatu in brez pomožne literature podam nekaj lastnih misli, opažanj in nasvetov o odnošajih zaprte napram odprti jetiki in o njenem vplivu na ves naš organizem vse to pa z gledišča dispanzerja, ter preventivnega, kakor tudi kurativnega in organizatovnega dela v njem.

Kakor znano, je tuberkuloza ena najbolj pritajenih bolezni. Kot sen se vtihotapi v naš organizem ter je njen začetek skoraj brez vidnih in občutnih znakov. Celó zdravnik lahko sam oboli na začetni jetiki, ne da bi vedel za to, da o laikih sploh ne govorim.

Zato je glavna naloga dispanzerja stalno nadzorovati in preiskovati navidezno zdrave osebe, posebno one, ki živijo v sredini, kjer se nahaja bolnik s težko, odprto tuberkulozo, ki imajo v svoji neposredni bližini v familiji, družbi, šoli, pisarni itd. težkega odprto jetičnega bolnika.

Pomožnih sredstev za diagnozo začetne tuberkuloze imamo danes hvala Bogu dosti. V prvi vrsti rentgen, mikroskop, laboratorij, tuberkulinske reakcije, poizkusne živali itd. Vkljub temu pa žalostna konstatacija, ampak resnična! Bolniki prihajajo precej pozno k zdravniku in tudi v dispanzer. Ne pride k zdravniku-specialistu, temveč gre od zdravnika do zdravnika, vse obišče, posluhuje se pri svojem zdravljenju raznih po časopisih reklamiranih zdravil itd. Konec tega je, da imamo v naši statistiki en slučaj težke, odprte, brezupne jetike več.

Referat na 3. sestanku dispanzerskih zdravnikov v Ljubljani dne 21. III. 1937.

Redko kedaj dobimo v ordinacijo našega dispanzerja popolnoma zdravo osebo, še ne inficirano s Koch-ovimi bacili, mogoče le slučajno pri kontrolnih preiskavah majhnih otrok in učencev osnovnih šol, kjer je tudi tuberkulinska reakcija negativna. Pri odraslih sploh ne verjamem, da bi bil kdo pri današnjih razmerah obvarovan od te infekcije in da ne bi imel kje v bližini hila ali pljučne baze specifično primarno žarišče, vsaj kalcificirano. Zelo veliko pa vidimo slučajev primarnega afekta ali kompleksa, svežega in starega ozdravljenega, kakor pri mladini tako tudi pri odraslih. K sreči so po večini likvidirani in sami od sebe s pomočjo odpornosti organizma ozdravljeni.

V zaprto tuberkulozo spadajo skoraj vsi slučaji izvenpljučne tbc. Doživel pa sem slučaj odprtega tuberkuloznega obolenja ušesa (Otitis media chronica purulenta tbc). V gnoju ušesa tega otroka smo našli mnogo Koch-ovih bacilov. Logično je, da je tak slučaj nevaren za svojo okolico, da mora biti izoliran in ne spada več med zaprto tbc.

Enako ni zaprta tbc. čreves, če v blatu najdemo Koch-ove bacile. To pravilo velja tudi za tbc. renis, če bolnik z urinom izločuje Koch-ove bacile. Imel sem priliko, tudi mikroskopsko včasih v gnoju abscesa ali kake fistule ugotoviti bacile tuberkuloze. Vse to so slučaji odprte in ne zaprte tbc, ker lahko dobimo očesno ali kožno jetiko in lupus. Opreznost je v takih primerih zelo potrebna, kakor tudi vsi ostali higijenski ukrepi. Take bolnike bi morali enako izolirati, kakor one z odprto pljučno jetiko.

Pogostoma vidimo in diagnosticiramo po izvršenih preiskavah kronično terciarno produktivno-cirotično ftizo z in brez pleuralnih adhezij, z močnimi brazgotinami pljučnega tkiva. To so ali že v teku boleznin sami od sebe dobro ozdravljeni procesi, ali taki, ki so poprej bili eksudativno-odprti ter kavernozi slučaji in so se doma v bolnicah, v zdraviliščih predvsem z operativnimi metodami tako dobro pozdravili, da vsaj začasno niso več odprti.

Težko postavimo točno mejo med zaprto in odprto tbc, posebno pri terciarni ftizi, kjer je pljučno tkivo enkrat uničeno, kjer nikdar nismo popolnoma sigurni, kako dolgo bo ostal tak proces zaprt. Zahtevati moramo, da vsem tem bolnikom, pa naj si bodo „odprti“ ali „zaprti“, strogo priporočamo vse preventivno-higijenske ukrepe v pogledu infekcije svoje okolice.

Te bolnike pa stavimo pod stalno kontrolo našega dispanzerja, jih primerno zdravimo ter priporočamo solidno, zmerno življenje, mir, malo gibanja, opreznost v pogledu solnca, zrak, dobro hrano itd.

Če bolnik uboga, če ima dobro voljo za zdravljenje ter pri tem skupno in zaupno sodeluje s svojim zdravnikom, mora priti do popolnega uspeha in taka kronična in zaprta tbc ne bo postala zlahka odprta.

Ko preide odprta, aktivna počasi v zaprto formo kronične in stacionarne tbc se zboljšajo tudi vsi simptomi, temperatura pada, teža raste, apetit se boljša, kašelj in izkašljevanje izmečka se zmanjša, krvna sedi-

mentacija postaja normalna, psihično razpoloženje je boljše, zginijo razne bolečine in kataralni simptomi, katere smo poprej slišali.

To vse odgovarja zaprti formi pljučne tbc. Včasih, toda v zelo redkih slučajih, imamo take bolnike z odprto tbc brez posebnih subjektivnih kakor tudi objektivnih aktivnih in celó kataralnih znakov, kateri imajo v svojem redkem izpljunku Koch-ove bacile. To so takozvani kliconosci, kateri so lahko prav nevarni za svojo okolico. Na take moramo zelo paziti.

Večino bolnikov z zaprto tbc bomo zdravili doma ambulantno. Nekatere bomo napotili v kako okrevališče; pljučno tbc v planinske kraje, izvenpljučno tbc na morje, ali pa na višinsko sonce. Logično, da moramo aktivne težje eksudativno-napredujoče in kaverno-odprte slučaje napotiti v bolnico, kliniko ali zdravilišče, kjer so stalno pod strogim nadzorstvom in kjer je izvedljivo moderno operativno zdravljenje.

Nekje sem slišal ali bral, točno se ne spominjam, da so v Nemčiji v najnovejšem času organizirali in ustanovili takozvano „kliniko zdravnikov“, kjer imajo za cilj, da tekom nekoliko dni ali tednov natančno in v vseh smereh preiščejo cel organizem, nekaj časa opazujejo dotično osebo in jo predajo življenju ter nadaljnjemu delu, če je le praktično popolnoma zdrava. Osebe, pri katerih ugotovijo kako skrito ali dedno bolezen, zadržijo v tem zavodu nekaj časa na zdravljenju in opazovanju.

To posebno velja za tuberkulozo, lues, diabetes in slične bolezni. Po mojem mnenju bi bilo treba v kulturnih centrih vseh držav ustanoviti take klinike ali opazovalne postaje, saj bolniki žal vedno in vedno prepozno pridejo k zdravniku, ko je njihova bolezen morda že neozdravljiva.

Postaja v zgoraj navedenem smislu je pravzaprav tudi profituberkulozni dispanzer, samo s to razliko, da imamo bolnika ali preiskanca samo kratek čas pred svojimi očmi. V dispanzer pride k sreči še vedno več slučajev zaprte kakor odprte tbc. Ravno od števila odprto tuberkuloznih zavisí pa število na novo okuženih in bodočih bolnikov. Število odprte tuberkuloze poveča število začetne in zaprte tbc.

Ni vsaka tuberkulozna infekcija enaka. Forma, razvoj in prognoza infekcije s tuberkulozo je v glavnem odvisna od množine in virulentnosti Koch-ovega bacila, kakor tudi od dispozicije in konstitucije napadenega organizma.

Neki strokovnjak pravi, da bi bilo najbolj idealno, da bi se vsi ljudje okužili s primerno dozo avirulentnih Koch-ovih bacilov za dosego imunizacije našega organizma. Težavno bi pa bilo individualno dozirati to prirodno infekcijo. Radi tega skušajo to danes doseči na umetni način (cep-ljenje po Calmettu z B. C. G.). Zato se moramo nehote vprašati, ali so sploh nujno potrebni vsi ti strogi ukrepi preventivne higijene, izolacije in dezinfekcije?!

Glavno je, ne okužiti se masivno in z zelo virulentnimi vzročniki. Kaj pa, če obstoja takozvani „Vir filtrable“, kateri se z današnjim mikroskopom ne more konstatirati? Kaj pa mislimo o teoriji transplacentarne infek-

cije feta s tem virom? Kje pa je tu sploh meja odprte in zaprte tbc? Mislim, da je to mejo zelo težavno natančno odrediti, ker lahko en slučaj preko noči postane odprt.

Vzemimo slučaj dojenčka, cepljenega z vakcino B. C. G., kateri po cepljenju slučajno umre, navzlic temu, da je takoj bil izoliran, da je cepivo bilo v pravem času dano in sveže pripravljeno. Če je še k temu mati bolna na težki odprti tbc v zadnjem stadiju in če so nje bacili zelo virulentni, četudi ona navzlic dobremu in resnemu zdravljenju v kratkem času umre, ali ne moremo v takem slučaju sumiti na transplacentarno infekcijo otroka s temi virulentnimi toksini ali filtrabilnim virom? Mi poznamo zelo dobro Koch-ovega bacila, toda ne poznamo dobro še vseh njegovih produktov in vrst, katere oddaja v našo kri in tkivo.

Mogoče nam bo bodočnost pokazala pravo pot. Dobro znano je, da so produkti živega bacila toksini, kateri se dele na endo- in eksotoksine, a produkti razpadlega bacila so Muchova granula in mogoče tudi filtrabilni virus. Ravno radi tega mislim, da je zelo težavno ločiti zaprto tbc od odprte, vsaj tako dolgo, dokler ne spoznamo vseh teh produktov bacila jetike. Bacil se menja, raste, razpada; enkrat izgine iz mikroskopskega polja in se zopet pojavi, enkrat ga vidimo kot ravno, nepretrgano in ostro-rdečo paličico, enkrat pa kot pretrgano bolj blede paličico (granulirano). Sigurno je še veliko biološko medicinskih tajnosti, katerih medicinska veda in laboratorij še nista odobrila. Obnašati se in delati pa moramo vseeno v dispanzerju tako, kakor nam današnji nauk o povzročitelju tuberkuloze veleva.

Mnogo slučajev zaprte tbc vidi zdravnik dispanzerja, kar je čisto logično. Škoda je samo, da nismo še tako daleč, da bi s pravilno ter pravočasno diagnozo in terapijo, sploh ne dovolili, da se zaprta tbc pretvori v odprto. Če imamo dnevno par slučajev odprte tbc v čakalnicah in ordinacijah naših dispanzerjev, potem pa moramo paziti na sledeče ukrepe:

1. V prvi vrsti dobro zaščititi dispanzerski personal od masivne in nevarne infekcije. Podučiti vsakega bolnika, kateri kašlja in izkašljuje, na vse dobro znane medic. higijenske ukrepe za prenos infekcije od bolne osebe na zdravo in sicer potom napisov in plastičnih slik na stenah, brošur o tbc ter ustmenega poudka.

2. Dobro poskrbeti za ventilacijo, tedensko desinfekcijo ter dovolj prostora v dispanzerju, potem za pranje rok v kaki desinfekcijski tekočini in za pljuvalnike.

3. Pri dnevnikih ordinacijah strogo razdeliti bolnike. En dan uvesti samo in izključno za majhne otroke in dijake, en dan za splošne kontrolne preiskave zdravih in en ali več dni za težje in odprto bolne. Ravno tako odrediti tudi pri rentgenskih preiskavah. Če pa se slučajno zgodi, da se v čakalnici zberejo in mešajo težji in lažji bolniki in dijaki iz oddaljenih krajev, ki jih je težko odkloniti, potem najprej takoj preiščem otroke, dijake in zdrave osebe, ter jih pošljem takoj domov. Potem šele preidem k preiskavi težkih bolnikov.

V nadaljnjem razvoju začetne in zaprte tbc, kakor smo že omenili, igra važno vlogo konstitucija našega organizma. Če je organizem slabo odporen, če je njegova konstitucija slaba, lahko postane začetna in zaprta tbc eksudativno-odprta. V takih slučajih smo večkrat brez moči in tbc. proces navzlic najmodernejšim metodam zdravljenja rapidno uničuje pljuča in ves organizem, ter vodi do končne katastrofe. Radi tega je naloga dispanzerja povsod podpirati to konstitucijo in propagirati utrjenje organizma (dobra hrana, sport, turistika, sonce, zrak, snaga itd.). Tako bomo v svoji letni statistiki našeli dosti slučajev zaprte in samo le redke slučaje odprte tuberkuloze.

Statistično je dognano in pri obdukcijah potrjeno, da je danes 99% ljudi okuženo s Koch-ovim bacilom, ker so našli v pljučnem tkivu vsaj eno majhno specifično, sveže ali že kalcificirano in lokalizirano žarišče. Vsi ti slučajji bi pripadali zaprti obliki tbc. Toda ta odstotek ne smemo vzeti tako tragično, ker samo majhni del teh resno in živlensko nevarno oboli in umre za to boleznijo. Vemo, da tukaj igra vlogo tudi splošno stanje kulture in civilizacije in takozvana relativna imuniteta, potem pa zboljšanje splošnih higijenskih in socialnih razmer. Vidimo, da pripadniki primitivnih narodov, kateri živijo osamljeno in se ne mešajo z ostalimi kulturnimi narodi, mnogo lažje obole na tbc. Umrljivost je pri teh mnogo večja. To opazamo tudi v naši Jugoslaviji. Najtežji eksudativno-kavernozni slučajji tbc so pri nas v Južni Srbiji, Bosni, Črni gori, Liki itd.

Za časa svetovne vojne so kolonijalni francoski in angleški vojaki ter zamorci hitro oboleli in umirali za tbc, ker ta bolezen ni tako pogosta pri njih. Ne motim se in smelo trdim, da je tuberkuloza mogoče danes, vsaj v naseljenih in kulturnih krajih Evrope, v izumiranju in bomo mogoče čez nekaj decenij le redko konstatirali slučajev težke in odprte tbc, ali videli nje povzročitelje pod mikroskopom!

Ravno vsled te splošne infekcije kulturnih narodov in pasaže Koch-ovih bacilov od osebe na osebo, katere se znova in znova inficirajo, bomo končno dosegli splošno relativno imuniteto. Bacili bodo postali manj virulentni, organizem bolj odporen napram novi infekciji in ljudje ne bodo več boleli na težki brezupni jetiki. Procent težkih, odprtih tbc kakor tudi umrljivost za tbc bo mogoče padla na ničlo in ljudstvo bo srečno.

H koncu bi omenil dve napaki, ki igrata važno vlogo v pogledu širjenja tbc infekcije na okolico in mogoče povečata število bodočih aktivnih ali celo odprtih slučajev. To sta:

1. V naša planinska letovišča, kakor tudi v nekatera klimatska zdravilišča pride čez poletje več slučajev odprte težke tbc. Nikomur ne povejo ničesar, brez kontrole živijo in se klimatsko zdravijo v takem kraju. To bi se moralo prepovedati, strogo kontrolirati in take slučaje ali izolirati, ali poslati nazaj domov.

2. Druga vidna napaka: V naših vlakih I. II. in posebno III. razreda večkrat srečamo težke in na tbc odprto bolne, kateri potujejo v zdravil-

lišče na zdravljenje ali kam drugam. V istem kupeju so še druge zdrave osebe, kakor tudi otroci. Ne samo, da je to neestetično, ampak vemo tudi kakšna je nevarnost težke infekcije za okolico bolnika, posebno če bolnik stalno kašlja in to na dolgih potovanjih. Priporočljivo bi bilo, da naša železniška direkcija v sporazumu z ministrstvom narodnega zdravja uvede v ta namen na vsaki važni progi nekoliko sanitetnih vagonov z rdečim križem, v katerih bi se vozili vsi taki bolniki, kateri bolehajo na nalezljivi bolezni. Ti vagoni naj bi imeli zraven sedišča tudi primerna ležišča za težje bolnike, poseben kupe ali sobico za zdravnika, majhno apoteko in ostale medicinsko higijenske nujne predmete in naprave. To sta dve resni napaki, katere bi se morale enkrat popraviti v vsaki kulturni državi.

Naša naloga je začasno:

Rezimiram:

1. Kolikor mogoče pravočasno odkriti slučaje začetne tbc in opozoriti bolnika na potrebo takojšnjega, resnega zdravljenja.
2. Utrditi organizem naše mladine in ojačiti nje konstitucijo z disciplino, telovadbo, sportom, soncem, dobro hrano itd.
3. Povsod onemogočiti vsaj masivno infekcijo z virulentnimi bacili. Na ta način bo ostala zaprta tbc procentuelno daleč nad odprto.

ZUSAMMENFASSUNG

A. bespricht die Bedeutung der sogenannten „geschlossenen“ Tuberkulose und unterstreicht vor allem die Problematik dieser Diagnosestellung. — Besonders macht A. auch darauf aufmerksam, dass wir mit offener, d. h. ansteckungsfähiger Tuberkulose auch bei extrapulmonalen Erkrankungen (z. B. Mittelohr) rechnen müssen. Es ist eine der Hauptaufgaben der Fürsorgestellten, die Entstehung von offenen Tuberkulosen aus den geschlossenen Formen zu verhindern. A. gibt einige Winke, wie dies zu geschehen hat.

LITERATURA

Deutsches Tuberkulose Blatt 1934, 1935, 1936.

Dr. V. Savić: Tuberkuloza.

Dr. W. Pagel: Die allgemeinen pathomorpholog. Grundlagen der Tbc.

Dr. P. Sedlmayer: Untersuchung des Tbc. Sputum.

H. Braeuning: Die Ansteckung mit Tbc. und ihre Verhütung.

Nicol — Schröder: Lungentuberkulose.

Dr. K. Klare: Konstitution und Lungeninfiltrierungen.

Dr. J. Schröder: Tbc. Fragen im Lichte der neuersten Forschung.

Iz profituberkuloznega dispanzerja v Celju: šef dr. Stj. Ivić.

KAKO BI SE MOGLO ŠTO EFIKASNIJE, SOLIDNIJE I JEFTINIJE ORGANIZIRATI BORBU PROTIV TUBEKULOZE U NAŠOJ ZEMLJI.¹

Zadugo, bio sam toga uverenja, da bi se tuberkuloza samo tako mogla s uspehom suzbiti, kada bi se podiglo što više bolnica, što više sanatorijuma i tu u njima smestili i stručno lečili tuberkulozom zaražene.

Život mi je medjutim pokazao, da bi samo jedan mali broj bolesnika pristao, da se mesecima a možda i godinama svojevoljno zatvori i usami po ovim bolnicama i sanatorijumima, jer nije u čovečjoj prirodi ova povučeniost, ova usamljenost, a i socijalni položaj mnogih bolesnika je takav, da iziskuje da bolesnik ma i samo svojim savetom i svojim prisustvom doprinese održavanju porodice, kada je već radom svojim za to nesposoban.

Tuberkulozni bolesnici veliki su optimisti i čim osete neko olakšanje i neko poboljšanje, odmah žure da napuste bolnicu ili sanatorijum, te prelaze na kućno lečenje.

Iz ovoga izlazi, da treba pre svega nastojati, da se dade što više mogućnosti tuberkuloznima da se sami kod kuće leče, a da pri tome druge, zdrave, ne zaraze. Najpreča zadaća sastojala bi se dakle u tome, da se suzbije širenje tuberkuloze, kojoj je leglo selo, gde je ona neverovatno odomaćena. Ja otvoreno tvrdim, da zaraženost varoši najvećim delom dolazi od neverovatno jako zaraženog sela.

Pokušaću ovde da iznesem sliku sela, gde sam takoreći vek svoj proveo i gde još i danas delam. Ono što ovde kažem, odnosi se na selo, jer o varoši, da budem iskren, slabo što — šta znam.

Gradivo moga rada tako ću podeliti, da ću prvo da iznesem opštu sliku; ocrtaću higijenske prilike sela, a posle ću reći šta bi se, po mom mišljenju, moglo učiniti.

U svom izlaganju često ću možda zaći u oblast utopija, ali želim da iznesem sve što me kao lekara zanima. Dokazano je medjutim, da utopije ne postoje, jer je i najsmelija utopija pre ili posle ipak ostvarljiva.

I. STATISTIKA I PROPAGANDA.

Koliko bi god potrebno bilo da imamo jednu tačnu statistiku, toliko nam je i nemoguće sastaviti jednu takvu statistiku. Čak i onda, kada bi zakonom bilo predviđeno prijavljivanje svakog pojedinog slučaja suspekta i manifesta (sumnjivog i otvorenog obolenja) čak i onda bi dobili pogrešne

¹ Delu je bilo od posebnega odbora JFD., sestavljenega iz gg. prof. Al. Radosavljević — Beograd, prof. dr. Vl. Čepulić — Zagreb ter dr. R. Neubauer — Golnik, priznana polovica nagrade dr. J. Matka za najbolje delo o naslovni temi. Delo prinašamo — v skrajšani obliki — v Z. v., ker je jako marljivo sestavljeno in ker pokaže splošne, higijenske in socialne prilike v severo — istočnoj dela naše države (Banat) na plastični način ki bo gotovo vzbujal zanimanje naših čitateljev.

podatke, jer tuberkulozno obolenje traje godinama i bolesnik se obraća ne samo jednom lekaru nego više njima, te sredjivanje ovih podataka nailazi na ogromne teškoće.

Ali nama i nije važno znati koliki je broj bolesnika, nama bi važnije bilo znati koliko bolesnika godišnje umire. A ova se statistika već godinama krivo sastavlja, pošto podaci, koji nam stoje na raspoloženju niukoliko se ne slažu sa stvarnošću. Uzrok je tome sledeći: Po selima, odnosno po zdravstvenim opštinama, opštinski, odnosno banovinski lekari dužni su samo u sedišču opštine vršiti dužnost pregledača mrtvacu (mrtvozoraca). Po drugim opštinama i zaseocima koji im pripadaju i nemogu tu dužnost vršiti, jer je nemoguće, na pr. jednom lekaru, pored drugog posla, istovremeno i u više opština izaći samo radi pregleda mrtvacu, a bilo bi to nemoguće i iz materijalnih razloga, jer bi se taj put lekaru morao naknaditi. S toga je zakonom predviđeno, da po selima gde nema lekara, dužnost pregledača mrtvacu (mrtvozoraca) vrše lajici. Često ovi lajici pregledači mrtvacu ne raspolazu ni sa dovoljnom moralnom kvalifikacijom, a kamo li sa stručnom spremom. Doduše propisano je da su lekari dužni da ove upute u tu dužnost i dadu im potrebnu obuku, ali do danas nije izdato ni jedno jedino uputstvo za vršenje dužnosti pregledača mrtvacu. Nekoji se lekari zadovoljavaju da ovu obuku svedu na tumačenje od sat — dva, nekoji možda duže, čitav kurs od nedelje — dve, ali štampane knjige, kojim bi se ti lajici od slučaja do slučaja ispomogli — nema, te ovi pregledači i pored najbolje obuke stalno greše. Fakat je, da kako moralni tako i znanstveni nivo ovih pregledača mrtvacu lajika vrlo nisko stoji i da takovi ljudi daju uglavnom podatke za statistiku.

Šta se antituberkulozne propagande tiče, moramo priznati da se čine ogromni naponi i olazu velike žrtve kao bi se što širi slojevi naroda prosvetili, ali su postignuti rezultati po mom mišljenju, dosta jalovi.

Izložbe, koje nam pokazuju borbu protiv tuberkuloze tek se sada uređivaju, ali će ove samo oni iz mesta i najbliže okoline moći da posećivaju te će tako selo od njih vrlo malo videti i vrlo malo dobiti.

Knjige, brošure i drugih slika u cilju propagande malo imamo, i što imamo selo malo dobiva.

Imamo antituberkuloznih filmova, ali sam ove u toku tolikih godina samo jedan put uspeo da dobijem i da ih samo u jednom selu prikažem.

Ostaje nam još prosvetćivanje putem usmenog predavanja. Moram prirediti, da bi ovaj način prosvetćivanja još najuspešniji mogao biti, ali je on bez efekta. S jedne strane vzrok je tome ravnodušnost naroda, a s druge strane pak nedostatak potpore vlasti. Narod je vrlo ravnodušan prema ovim predavanjima. Jedanput i dvaput dodje da sluša, ali u toku daljih serija sve više i više izostaje. Ima istina i stalnih posetilaca koji godinama dolaze na svako predavanje, ali je broj ovih prema masi naroda premalen. Nevolja je i u tome, što na sva predavanja, da bi im pred narodom istakli važnost i pojavom svojim pružili primer, ne dodju niti pretstavnici vlasti.

nitli pretstavnici pojedinih humanih ustanova. Ovo je opšte stanje i ne odnosi se samo na moj rejon, o čemu sam se mnogo puta uverio razgovarajući se sa kolegama iz drugih rejona. Moram napomenuti, da uspeh predavanja mnogo zavisi i od samog predavača i ljubavi naroda prema njemu. Ako je predavač umešan i ako uživa poverenje naroda, uspeh je delimično osiguran. — I ovde se oseća nedostatak u tome, što nisu date nikakve direktive ni od strane viših vlasti, ni od Higijenskog zavoda nitli od Doma narodnog zdravlja o temi predavanja i o onome što naročito treba istaći i naglasiti. Često sam kod ovih predavanja zapazio, da su nepristupačna narodu, jer predavač nije umeo da se spusti nivou shvatanja i razumevanja slušalaca; da je slaba veza izmedju obećanog naslova i izloženog gradiva; da nisu sistematski izradjena; da je predavač nespreman govorio i zato o svemu i svačemu govorio a ipak malo kazao i t. d.

Rekao sam napred, da pretstavnici vlasti ne nalaze za vredno da prisustvuju ovim predavanjima. Ja lično još nikada nisam video na ovim predavanjima kojeg predsednika opštine ili odbornika, a dosta redko i opštinskog beležnika, češće učitelje i sveštenike.

Opšte je poznato sa kakvim negodovanjem prima narod lekarska naredjenja u vezi sanitetskih propisa i kako ih smatra kao atak na svoju ličnu slobodu, a sve zbog očajne neprosvećenosti. Pretstavnici vlasti i inteligencija umesto da pritegnu lekaru u pomoć, ili su ravnodušni prema ovim lekarevim naredjenjima ili ih čak i sami podvrgavaju otvojenoj kritici. A tako isto lekar ima protivu sebe ne samo neprosvećenu masu nego i one, koji bi po položaju svome i po prosvećenosti svojoj čak i pozvani bili da budi saradnici lekarevi.

Antituberkulozna predavanja neka ne budu predavanja tek samo da ispune jedan čas, nego ona imaju biti čitava serija, čitavi kursevi, jer za jedan sat nemože se sve reći, nemože se sve protumačiti. I kada tako narod uvidi da može mnogo što šta da čuje i da nauči, radije će na ova predavanja dolaziti i slušati ih.

Svaki pojedini kraj naše prostrane i lepe domovine ima svoje specijalne, naročite potrebe, uslovljene geografskim položajem toga kraja i društvenim prilikama tamošnjeg življa, te ove potrebe nipošto ne izpuštati iz vida, njih naročito podvući i istaći.

Može biti da će pozvanima mnogo što šta ovde iznešeno izgledati suvišno preterano, možda čak i smešne za prilike u savskoj i dravskoj banovini recimo, i neodgovarajuće; ali neka se uzme i obzir, kao što sam to na početku svoga rada već napomenuo, da ja ovde iznosim samo takve stvari, koje ja ovde vidim, ovde u ovom kraju već godinama zapažam, pa neka mi se ne zameri na iskrenosti sa kojom ova svoja opažanja izlažem.

Nadležni Higijenski zavodi svake banovine, mogli bi možda raspisati konkurse sa nagradom od 1000 — 2000 dinara za najuspelija ona predavanja, koja bi najreljefnije iznosila specijalne potrebe onoga kraja s obzirom

na tamošnje geografske prilike, društvene običaje i stepen narodne prosvetljenosti. Ova bi dela mogla dati osnov za jedno opšte ugledno predavanje.

Borba protivu tuberkuloze ne treba da je dužnost isključivo samih zvaničnih lekara, ona treba da predje u moralnu dužnost celokupnog društva. U nju treba uvesti svu inteligenciju, u prvom redu hiljade i hiljade državnih i samoupravnih činovnika. Dužnost ovih pre svega, neka je prinudno prisustvovanje uglednim predavanjima. Ovim će se kod naroda postići neverovatno moralan efekat i uspeh. Držim za potrebno da na ovim predavanjima sa činovnicima zajedno prisustvuju i sami šefovi i da tačno na vreme dodju i slušaju predavanja od početka do kraja. Tada se nebi događalo, da na primer pri izvodjenju pojedinih sanitetskih propisa i naredaba nekoji činovnici zvanično ili privatno, eventualno i nehotično, iz neznanja učine takove prigovore i primedbe, koje lekareve naredbe nipodaštavaju i omalovažavaju. A pogotovo je neverovatno, koliko kod neprosvećenog sveta jedna takova neumesna i nepromišljena primedba može da donese štete i kvara. Moglo bi se ovde nebrojeno primera navesti, s toga se to više ne bi smelo dešavati.

I obratno, kako bi se veliki moralni uticaj učinio na narod, na činovništvo, kada bi se na pr. u Beogradu na jednom antituberkuloznom predavanju pojavio sam Ministar i to predavanje otlušao od početka do kraja; ili u sedištu banovine sam Ban; ili srezu sam načelnik sreza.

Rad u ovom pravcu potreban je već i zbog toga što i pored tolike propagande o tuberkulozi, o postanku iste i o predohrani protivu ove, ne samo da je narod slabo obavešten, nego je slabo, pogrešno, pa čak i nikako nije obavešten i mnogi i mnogi iz legije činovnika. Ja ovde tvrdim i mogu to i dokazati, da mnogi i od samih onih koji su pozvani da u ovoj borbi vode narod i dadu svoju reč, nisu načisto u ovoj stvari onako, kako bi ozbiljnost same stvari to zahtevala. A činovnički kadar mnogo može da učini. Može da uči i poučava, a pošto je činovnik stalno u dodiru sa narodom, uspeh njegovog udela u radu brzo i osetno bi se pokazao. Obaveštavanje činovnika o tuberkulozi već je i stoga potrebno, što mnogi činovnici navuku tuberkulozu u vršenju službe na dužnosti i kada se razboli nanosi nepotrebno opterećenje državi, samoupravi, u krajnjem nizu svom narodu. No ne treba izgubiti iz vida viši nivo prosvetljenosti činovnika, te predavanja za činovnike podesiti prema ovome.

Nedovoljna je pažnja obraćana i na obaveštavanje omladine narodnih i srednjih škola. U program ovih, a naročito osnovnih škola, trebalo bi uneti više iz higijene, a potrebna bi bila i obaveštajna predavanja, naravno po već unapred utvrđenom rasporedu i prema nivou dečijeg shvatanja.

Želim ovde ukazati i na ogromnu vaspitnu moć vojne službe. Kada bi vojnici po kasarnama za vreme otluženja vojnog roka samo pola sata nedeljno ili jedan sat na dve nedelje dana slušali kurseve o predohrani protivu tuberkuloze, selo bi za par godina dobilo prilično obrazovanu i upućenu gardu za tešku borbu protivu tuberkuloze.

II. STANBENE PRILIKE SELA I UTICAJ OVIH NA ŠIRENJE TUBERKULOZE.

Rdjave stanbene prilike sela, pored konzervativnosti naroda, najveća su nesreća što je tuberkuloza u selu toliko raširena. Možda nije tolika nesreća što su ovi stanovi mali i nezdravi, već što su neverovatno puni i dupkom puni. Obično seoski stan sastoji se iz dve sobe, jedna sa ulice i jedna sa dvorišta, između njih je kuhinja. Ovo su takozvane prave kuće. Redje su one „na glagol“ gde su obe sobe sa ulice a samo kuhinja prema dvorištu. Već po položaju svojem mnogo su vidnije one sobe sa ulice od onih sa dvorišta, koje su neverovatno mračne i teskobne. Po ovim mračnim i teskobnim sobicama živi cela porodica, pa sastojala se ona iz bilo koliko članova. Znam imućnije porodice koje i pored dve sobe sa ulice u ovom mračnom sobičku žive sa 8 — 10 članova porodice. Sem toga, ovaj je sobičak i mesto za razboj; u njemu su kreveti sa dunjama i jastucima, a zimi tu stoji bure sa sirom i kaca sa kiselim kupusom. Ovde gaja zimi i živina, pilići i gušćići i unose se jaganjci, jer je samo ovde u ovom sobičku toplo kako kod siromašnijih tako i kod imućnijih. Druga se soba ne upotrebljava. U ovoj drugoj sobi koja je obično sa ulice, izlažu se mrtvaci drže svadbe i veselja o Krsnom imenu, krštenju i drugim porodičnim svečanostima. Za drugo šta ova se soba ne upotrebljava. Leti još manje no zimi, jer leti u velikoj vrućini svi spavaju napolju, ko u katarci, ko pod slobodnim nebom. Narod iznosi kao razlog što samo u onoj sobi sa dvorišta stanuje to, što su pored te sobe štale, te se kroz pozorče iz nje sve vidi što se u štali dešava. Kad bi pak u prednjoj sobi stanovali, mogli bi celu štalu pokrasti a da to niko ne oseti. Ali se ovim nemože dokazati potreba, da u toj sobici stanuje po 8 — 10 članova odraslih — sin sa roditeljima i udata devojka sa ostalim članovima pored tolikog mesta u drugoj sobi. Zbog take pretrpanosti ovih sobičaka i pokvarenog vazduha po njima — zimi se tu i kuva — ako se jedan član razboli od tuberkuloze, ostali članovi porodice teško da mogu izbeći da se ne zaraze.

Ovde ću izneti jednu naročitu konstataciju. U rejonu koji mi pripada imam srpske, madjarske, nemačke i rumunske opštine. U madjarskim i nemačkim opštinama broj novih domova, kuća, iz godine u godinu raste, dok u srpskim i rumunskim opštinama već 30 — 40 pa i 60 godina ne osniva se novo kućište, ne diže se nova kuća. U nemačkim i madjarskim opštinama običaj je, da se sin odeli od roditelja, da izadje iz kuće kada se oženi i kupi sebi kuću ili podiže novu. Kod srba i rumuna pak i tri sina da ima u kući, svi ostaju u zajednici, u zadruzi, pa onda kada se ožene, i svi stanuju u jednoj jedinoj sobi sa ženom, i sa decom.

Nemože se reći da seoske kuće u opšte nisu higijenske, ali se ne obraća dovoljno pažnje na njih, ne kreće se i ne drže se čisto. U nemačkoj opštini jedva se može naći kuća bez patosa, dok je to po srpskim i rumunskim opštinama velika retkost. Ali ja sam, sve donde dok se ne podigne

prosvćenost naroda i ne ućvrste higijenski osećaji, protivu patosanih soba na selu, jer je ovaj seoski patos neverovatno rdjav; seoski stolari mahom ne umeju da ga ispravno sastave i kada se pokvari on se više ne popravlja. Posledica toga je, da kada se na takav patos stane, prašina iz njega pri svakom koraku noge izbija.

U opšte ova je prašina u seoskoj kući nesnosna. Seljak je navikao da sa prljavom i blatnjavom obućom i odećom udje u kuću i onakav prilagne na krevet da se odmara. A pokrivaći i ćilimi nikad se ne tresu. Iz njihovih odela i šubara moglo bi se kilama prašine istrese. Tu su i pokrivaći za konje, koji pored prašine još i toliko zaudaraju, da je teško kraj njih ostati. Kako seoski putevi i staze nisu poploćani, to je prašina tolika, da se sa prsta nahvata po stvarima i posodju u stanovima, i to kako kod onih siromašnih, tako i kod onih imućnih. Od prašine nije poštedjena ni svakidašnja hrana seljakova.

Seljak se nerado pere pa ma kakav posao vrši. Seljanka na primer ujutru zamesi hleb, otrlja ruke o suknju, ode da nahrani svinje, opet ubriše ruke o suknju da bi sad mogla sa tim „ćistim“ rukama da pomuze kravu, posle opet obriše ruke o haljinu i radi dalje poslove koji su na redu. Testo se mesi na stolu sa kojeg se prethodno ostruže kora od predjašnjeg mešenja pa se stugotina obriše opet sa kakvim delom haljine; a kadkad se sto — ploća od stola — jednostavno prevrne pošto nju ne treba ni brisati, ona je ćista jer na njoj nema grublje prljavštine i prašine. Umešeno i rastegljeno testo širi se posle, radi sušenja, po krevetnim pokrivaćima. Ovi su pokrivaći mahom prašnjavi, farbani šareni ćaršavi ili ćebad, koji se godišnje tek ako jedanput peru. Kuhinjski sudovi ne ribaju se pepelom ili lugom (sodom) nego se jednostavno isperu vodom. U najviše kuća može se naći samo jedna ćaša, obićno od litre, sa raznim slikama i reljefu, u ćijim se udubinama nahvatala prašina i druga prljavština te se ovaj deo ćaše naroćito istiće. Od prašine i blata nije poštedjena ni kanta za vodu. Sudovi, pored toga što služe za kuvanje jela, služe i za pranje prljavog rublja, za umivanje, pa ćak i za pranje nogu. Ja lićno nebrojeno sam puta video, da lavor, koji je obićno manji, u podne služi na stolu kao sud za kuvano testo. I salata se redovno u njemu pere i u njemu služi.

Možemo zamisliti šta se onda dogadja kod priprema daća, krštenja, svadbenih i drugih veselja. Ja sam video lićno da se u koritu, u kojem se maloćas prale pelene nekog deteta, prao krompir i ispirala salata za svatove, a posle se tu ostavljalo meso koje će se za svatove upotrebiti. Leti kod pripremanja daća može se zapaziti kako muve sa nepokrivenog mrtvaca uleću u kujnu koja je odmah pored sobe gde se nalazi mrtvac i padaju na jela, koja se tu spremaju. Ne ćudim se onda što nam se narod smeje kada mu govorimo o predohrani od tuberkuloze. Naućimo ga pre svega da zna osnovna pravila higijene, da shvati vaćnost ćistoće tela i ćistoće stana. Nezaboravimo onu neverovatnu sliku, kako zbog asthme i kašlja za rad nesposobni ćlan porodice sedi, zimi u sobi leti u hladu, i da bi prekraćio

vreme pljučka tamo amo oko sebe i sa uživanjem gleda kako živina halapljivo gula njegove pljuvačke.

Da bi se ovo stanje popravilo potrebno je da se umanjí prenatrpanost stanova. Treba nastajati da stan, da kuća ima što više zasebnih soba za stanovanje. Ubediti narod u korisnost upotrebe i stajaćih soba, t. j. i onih soba koje radi stanovanja sada ne upotrebljavaju. Novozidane sobe, naročito one za stanovanje, da budu velike, bar 5 m. dugačke i 5 m. široke, i dovoljno visoke, sa vrlo velikim prozorima. Gde su velike zadruge nastojati, da se oženjena deca odele i dobiju zaseban stan, zasebnu kuću. Na specijalnim kursevima dati narodu pojma o najelementarnijim zahtevima higijene, o čistoći tela, odela, stana kao i o racionalnijem i higijenskiem načinu ishrane.

Ovde treba naročito istaći, da se bez držanja sanitetskih propisa, ne bi smela ni jedna nova kuća podići. Tako na primer, tamo gde se može računati na vlagu usled povremenog podizanja podzemne vode, tražiti da se kuća nešto više zida no drugde i da se medju zidove stavi izolator protivu vlage.

Štale treba odvojeno zidati od stanova. Na čistoću štala treba više pažnje obratiti jer su ove, uz smrad koju šire, užasne i zbog svojih muva, pacova i drugih gamadi. Muva je na selu nesnosna i niko se ne bori protivu nje. Još su možda opasniji milijoni miševa i pacova koji tumaraju po celoj kući i prljaju životne namirnice. Narod ih ne tamani, jer zato treba sem vremena i novaca.

U seoskoj kući nema kupatila, narod se ne kupa. Mnoge kuće nemaju ni latora, te je umivanje i pranje vrlo jednostavno i nedovoljno. Sipaju u šaku nešto vode iz kakvog suda, najčešće iz usta i tako se peru.

Nije uobičajeno ni to, da se deca svako jutro umivaju i češljaju, a još manje da pre spavanja operu ruku i noge iako su ceo dan išli bosí. Kako ćemo onda zahtevati da peru ruke pre jela.

III. UKOPČAVANJE SELA U BORBU PROTIV TUBERKULOZE.

Raditi u pravcu popravljanja ovih prilika bio bi prvi i najhitniji rad na unapredjenju higijenskih prilika na selu, i sa ovim u vezi i higijenskih prilika u opšte. Neuspeh napora i rada na savladjivanju tuberkuloze nastaje samo iz razloga što selima ovaj posao pada izključivo na jednog jedinog čoveka, na opštinskog lekara. Pomoćnike nema. Treba zamisliti jednog banovinskog lekara čiji se rejon poteže na 4—5—6 opština, koji pored svoje i inače teške i zamorne dužnosti ima i tu dužnost, da radi na suzbijanju neverovatno raširene tuberkuloze, a nema nikoga baš, ko bi mu u tom poslu pomogao.

Sa osnivanjem antituberkulozne lige ide veoma teško, jer treba plaćati članarinu, a seljak ne ulazi u udruženje kada je u pitanju članarina. Spo-

redno je, ako je u pitanju ma i samo 2 dinara godišnje, njemu je samo to u glavi da treba da se plaća. Ako uzmemo spisak članova raznih kulturnih i nacionalnih seoskih ustanova osvedočićemo se, da ogromnu većinu članova čine intelektualci, trgovci, zanatlije a od seljaka jedva da ima po koji član. A bez aktivnog učešća celokupnog seoskog društva, cela je akcija — jedna jalova, bezuspešna borba.

Seljak u borbi protivu tuberkuloze mora da je medjusobno čvrsto povezan. Zato antituberkulozne lige treba osnivati u svakom selu, ali bez dužnosti plaćanja članarine. Najviše ako bi se naplatila upisnina, radi nabavke knjiga i značke. Novac koji bi nedostajao u zgodnoj prilici prikupiti putem dobrovoljnih priloga, koje seljak radije daje no obaveznu članarinu.

Seljak, kao što smo videli, ne ulazi u borbu protivu tuberkuloze zbog svoje zaostalosti, neprosvećenosti i što ni malo nije upućen o samoj bolesti, o načinu zaražavanja i daljem toku bolesti. On se nje jako boji. Sumnjam na primer, da bi uspeo da u jednoj opšte poznatoj zaraženoj tuberkuloznoj kući sakupim i desetak ljudi da im tu, na licu mesta, održim jedno predavanje. Jer veruju da bi se već i samim udisanjem vazduha te sobe zarazili.

No ima ipak u svakom selu bistrih i okretnih omladinaca koji su željni nauke. Moglo bi se u svakom kraju države osnovati škole odnosno stalni tečajevi sa stalnim izložbama gde bi se ovi omladinci poučavali o tome šta je tuberkuloza, kako se ona dobija, kako se leči i kakva je predohrana protivu nje. Ove bi škole morale imati iskusno vodjstvo, odabran i zanimljiv program i naročiti metod rada. Po svršetku ove škole, ovog tečaja slušaoci bi eventualno, po prethodno položenom ispitu, dobili i neko svedočanstvo, uverenje, diplomu. Ovi svršeni kurzisti bili bi tada verni pomagači opštinskim lekarima i zdravstvenim vlastima, bili bi oduševljeni pioniri u teškoj borbi protivu tuberkuloze na selu. Radi većeg ugleda potsticanja na rad, ove bi kurziste valjalo još puštati u odbore i propisati im izvestan preciziran program rada sa izvesnim zvaničnim obeležjem. Njihov program rada mogao bi na primer biti: propaganda, predohrana, briga o bolesnicima, statistika i t. d. čime bi se rasteretilo i onako veliki rad seoskih lekara, kojem bi sada ostalo samo davanje direktive i vodjenje nadzora nad radom ovih svršenih kurzista.

Nadaljevanje prihodnjč.

RANA DIAGNOZA PLJUČNE TUBERKULOZE

(SMERNICE ZA PRAKTIČNE ZDRAVNIKE)

Zakaj prihaja še vedno večina bolnikov s tuberkuloznim obolenjem pljuč prepozno v oskrbo zdravilišč in bolnic, prepozno predvsem za učinkovito terapijo z upanjem na trajni uspeh, prepozno pa tudi z ozirom na razmeroma hitro in ekonomično asanacijo?

Deloma je temu žalostnemu pojavu gotovo kriva nepoučenost bolnikov, nemarnost v zdravstvenem pogledu, ki sega celó v plasti inteligence in imovitih slojev. Izven dvoma pa je, da nosijo del krivde tudi zdravniki sami. Pravočasno misliti na možnost tuberkulozne etiologije kakega obolenja pljuč, akoprav simptomi na videz še tako malo govorijo za tuberkulozo, to je prva in poglavitna zahteva.

Seveda pa ne zadostuje, da mislimo na možnost tuberkuloznega obolenja, temveč moramo tudi čimpreje brez nepotrebne odlaganja porabiti vsa sredstva sodobne diagnostike, da pridemo do jasnega odgovora: tuberkuloza ali ne. V ta namen je poleg natančne klinične preiskave nujno in neobhodno potrebna rentgenološka preiskava ter sedimentacija rdečih krvnih teles in preiskava izmečka in event. — v slučajih izrazitega suma — tudi rentgenogram. Poudarjati pa moramo, da bosta zanesljiva rentgenska preiskava izkušenega zdravnika in brezhibna rentgenska slika dali zanesljiv rezultat, kakor je tudi jasno, da bo sempatja potrebno daljše opazovanje in v mnogih primerih opetovana preiskava.

Po teh vidikih je treba brezpogojno preiskati:

1. vsakogar, ki boleha dalj časa (3 do 4 tedne) za boleznijo dihal (bronhitis, laryngitis, asthma itd.);

2. vsakogar, ki se po „hripi“ ali „pljučnici“ v običajnem času popolnoma ne popravi in kaže še znake bolezni bodisi splošnega značaja bodisi s strani dihal;

3. vsakogar, ki boleha ali je bolehal za vnetjem rebrne mreže, bodisi z eksudatom ali brez njega;

4. vsakogar, ki pljuva kri, ako ni na prvi pogled jasno, da izhaja kri iz dlesen ali slično;

5. vsakogar, ki ima dalj časa povišane temperature nejasnega izvora;

6. vsakega bolnika s tuberkulozo kakega drugega organa;

7. vsakega bolnika z erythema nodosum, conjunctivitis eccematosa, scrophulosis, z analnimi fistulami ali periproktitičnimi abscesi;

8. vsakega bolnika z diabetesom;

9. vsakogar, ki izvira iz s tuberkulozo težko obremenjene družine ali, ki je bil v ožjem kontaktu z jetičnim bolnikom (eksponiran);

10. vsakogar, ki ga je treba preiskati v smislu zakona o zatiranju nalezljivih bolezni in sličnih zakonskih predpisov.

Praktični zdravnik je prvi člen v organizaciji proti tuberkulozi. To svojo nalogo bo izpolnjeval samo, ako vpoštevata gornje smernice. Njih nevpoštevovanje pa pomeni zagrešiti težko napako.

Jugoslov. ftizeološko društvo, ki mu je namen, da iniciativno sodeluje v vseh vprašanjih protituberkulozne borbe, je smatralo za svojo dolžnost, da tovariše praktičarje in specialiste drugih strok ob priliki letošnjega protituberkuloznega tedna opozori na gornje smernice.

Tajnik:

Dr. Furlan I. r.

Predsednik:

Dr. R. Neubauer I. r.

ANALIZA URINA V ORDINACIJI PRAKTIČNEGA ZDRAVNIKA

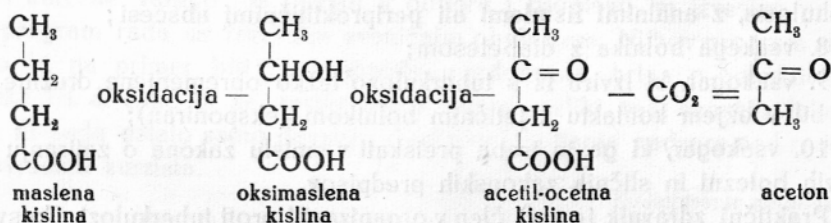
III. ACETONSKA TELESA — TOLŠČA

Pod acetonskimi telesi v urinu razumemo aceton, oksimasleno kislino in acetil-ocetno kislino. Te spojine so oksidacijski produkti tolščnih kislin in se pojavijo v telesu, če te kisline dovolj ne oksidirajo. Ta nezadostna oksidacija se pojavlja v telesu redno pri pomanjkanju ogljikovih hidratov ali pa v slučaju, če ogljikovi hidrati nezadostno oksidirajo. Najdemo jih v urinu redno pri težki obliki sladkorne bolezni in pri težkih nalezljivih boleznih. Pri sladkorni bolezni jih najdemo zato, ker uživa bolnik običajno kolikor mogoče malo ogljikovih hidratov. Telo more namreč v tem slučaju svoje kalorije dobiti potom oksidacije tolšč in beljakovin.

Za vsako oksidacijo, torej tudi za oksidacijo hrane v telesu, je predvsem potreben kisik.

Že iz same formule ogljikovih hidratov $C_6H_{12}O_6$ vidimo, da imajo v svojih lastnih molekulah precej kisika, zato tudi lahko oksidirajo v telesu. Tolšče imajo v svojih molekulah ($C_{17}H_{35}COOH$) malo kisika, zato tudi težje oksidirajo. Če pa telo ne zmore dovolj kisika za popolno oksidacijo tolšč, oziroma njihovih saponifikacijskih produktov, potem se pojavljajo produkti nepopolne oksidacije. Edino v slučaju, ako se čas, ki je potreben za oksidacijo, lahko zavlačuje, bo dovolj kisika in oksidacija bo popolna. To se zgodi tedaj, če tolšče oksidirajo skupno z ogljikovimi hidrati. Kakor smo torej že preje omenili, učinkuje prisotnost ogljikovih hidratov negativno na tvorbo acetonskih teles.

Genetska zveza tolščnih kislin do acetona je



Če je v urinu veliko acetona, tedaj bomo redno našli zraven še acetil-ocetno in oksimasleno kislino.

Aceton. Normalni urin vsebuje acetona v minimalni količini. Tudi pri močni acetonuriji se nahaja aceton v svežem urinu v povsem majhnih količinah. Tvori se še le sekundarno iz acetil-ocetne kisline, katera zelo lahko oddaja ogljikov dioksid.

V urinu razlikujemo prvotni aceton, ki je že od začetka v urinu v svobodni obliki, in celotni aceton, to je prvotni in naknadno stvorjeni sku-

paj. Prvotni aceton znaša redno $\frac{1}{4}$ količine večkrat celo samo $\frac{1}{30}$ celotnega acetona.

Normalno je v dnevni količini urina ca 10—30 mg acetona. V patoloških slučajih se pa ta količina zviša do 800 mg, takšen urin diši potem po sadju.

Največ acetona se izločuje, ako prevladujejo v hrani beljakovine, dočim učinkuje ogljikohidratna hrana, kakor smo že povdarili, negativno na tvorbo acetona. Količina acetona v urinu se poveča pri gladovanju, po narcozi, pri pomanjkanju kisika in mrzličnih boleznih. Pri sladkorni bolezni se poveča količina izločenega acetona do 4·5 g.

Ako acetil-očetne kisline ni, dokažemo aceton v urinu lahko po metodi Frommerja, Legala, Liebena, Gunninga ali Penzoldta.

Praktičnemu zdravniku priporočamo najbolj Rotherov poizkus na aceton, ki se vrši tako: cca 5 ccm urina zasitimo z amonijevim sulfatom v substanci. Tej raztopini dodamo 2—3 kapljice sveže narejene 5% raztopine natrijevega nitroprusida in nato počasi, brez pretresanja, dodamo koncentriranega amonijaka. Če je v urinu kaj acetona, se bo raztopina pobarvala vijoličasto, slično kakor permanganova barva. Reakcija dokaže 1 del acetona v 20.000. delov raztopine.

Legalov poizkus, ki se ga zdravniki radi poslužujejo, se vrši tako: vzamemo 5 ccm urina in mu dodamo 5 kapljic 10% sveže raztopine natrijevega nitroprusida in 1 ccm 15% raztopine natrijeve lužine. Urin se pobarva rdeče. Ta barva nastane tudi od kreatinina. Če je v urinu prisoten aceton, ostane barva, tudi če dodamo očetne kisline v izobilju. Ta barva preide sčasoma v vijoličasto. Če pa acetona v urinu ni, se bo rdeča barva po dodatku očetne kisline spremenila v rumeno.

Poizkus moti morebitna prisotnost žveplenega vodika in acetil-očetne kisline. Žveplenega vodika se rešimo, če urinu dodamo malo svinčenega acetata ter črno usedlino odfiltriramo. Acetil-očetno kislino odstranimo s predestilacijo acetona v vakuumu. Aceton lahko izhlapeva in ga lahko predestiliramo pri 30° C ob znižanem pritisku.

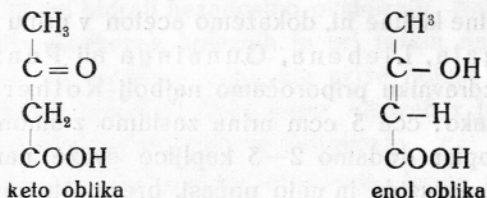
Odstranitev acetil-očetne kisline je torej precej komplicirana reč, zato tudi Legal-ov poizkus ni primeren za praktičnega zdravnika.

Po Bühl-ovi metodi ugotovimo aceton tudi naravnost iz urina brez odstranitve acetil-očetne kisline. Osnova je v tem: Aceton daje z 2,4, dinitrofenilhidrazinom v vodi skoro netopljiv hidrazon. Za ta poizkus potrebujemo ta-le reagens: 1 g 2,4, dinitrofenilhidrazina raztopimo v 50 ccm alkohola in dodamo 5 ccm 25% solne kisline ter segrejemo, dokler se nastali hidroklorid ne raztopi. Pred uporabo moramo reagens vedno segreti, ker se na hladnem izloči hidroklorid. Sam poizkus izvršimo tako, da 10 ccm urina okisamo z 1 ccm 25% solne kisline in dodamo segreti Bühl-ov reagens. Če vsebuje urin več kot 0·5% acetona, nastane čez nekaj sekund mlečno rumenkasta usedlina hidrazona.

Enostaven poizkus za dokaz acetona je tudi ta: Urinu dodamo v epru-

veti košček natrijeve lužine, nakar počasi dodamo po steni epruvete cca 10 kapljic salicilnega aldehida in epruveto previdno segrejemo do 70° C. V navzočnosti acetona se bo na dotikajoči ploskvi pojavil rdeč prstan. Če se je natrijeva lužina raztopila v urinu preje kot smo dodali salicilni aldehyd, potem se bo tekočina, če je prisoten aceton, pobarvala najprvo rumeno, potem rdeče, purpurno in končno karmoizin-rdeče.

Acetil-ocetna kislina je brezbarvna tekočina, ki prosta, kakor tudi v obliki svojih soli, že pri sobni toploti, še hitreje pa pri višji razpada v aceton in ogljikov dioksid. Javlja se v dveh tautomernih oblikah, od katerih je enolova oblika aktivnejša:



V urinu se nahaja acetil-ocetna kislina v slučajih težke oblike sladkorne bolezni, pri malignih slučajih akutnih ekzantemov, pri hujših motnjah prebave, za čas gladovanja in pri enostranski beljakovinski prehrani. Redno se pojavlja skupaj s sorodno oksimasleno kislino, sempatja pa tudi brez nje. Skupno z acetonom predstavlja t. z. celotni aceton.

Ker acetil-ocetna kislina zelo hitro razpada, je treba vzeti, ako jo hočemo dokazati, svež urin.

Acetil-ocetno kislino lahko ugotovimo v urinu po Gerhard-ovi metodi. Poizkus se vrši tako: 10 ccm urina dodajemo po kapljicah 10% raztopine feriklorida, dokler se tvori usedlina. To usedlino, ki predstavlja železni fosfat, odfiltriramo in filtratu dodamo še eno kapljico raztopine feriklorida. V prisotnosti acetil-ocetne kisline se pobarva zmes vijoličasto rdeče. Pri tem poizkusu moramo biti previdni, ker nam dajo s ferikloridom podobna pobarvanja tudi mravljijska, ocetna in rodanovodikova kislina, kakor tudi fenoli in fenolkarbonska kislina. Razlika je pač v tem, da barva sedaj omejenih snovi ostane, tudi če urin kratek čas kuhamo, dočim barva acetil-ocetne kisline izgine pri kuhanju.

Važno je, da slične barve s ferikloridom dajejo antipirin, salicil, aspirin ter jodidi. Če torej hočemo z Gerhard-ovim poizkusom dokazati acetil-ocetno kislino v urinu, ne sme bolnik vsaj 2 do 3 dni preje jemati omejenih zdravil.

Acetil-ocetno kislino dokažemo lahko tudi z Riegler-jevim poizkusom. Osnova tega poiskusa je v tem, da se svobodna jedna kislina zaradi nekaterih snovi v urinu reducira v svobodni jod. Toda če se v urinu nahaja acetil-ocetna kislina, ostane jod vezan. Poizkus vršimo tako, da damo v 10 ccm 3 ccm 10% raztopine jodne kisline in 3 ccm kloroforma ter zmes dobro pretresemo. Če v urinu ni acetil-ocetne kisline, se bo klo-

NOVOST!

Sintetski antispasmodikum

Trasentin „CIBA“

(klorhidrat difeniacetil-dietilaminoetanilnega estera)

Indikacije:

Ulcus ventriculi
Ulcus duodeni
Pylorusspasmus
Bardiospasmus
Tenezmi mehurja

Lithiasis
Dismenoroične motnje
Spastične opstipacije

deluje neutralno kot atropin in
obenem muskularno kot papaverin

Originalni omoti: stekl. z 20 draž. tabl.

škatlja s 5 supozit.

škatlja s 5 in 20 amp. po 1·7 ccm

Bolniški omoti: 200 draž. tabl.

50 supozit.

100 amp. po 1·7 ccm

GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE IN BASEL

ZASTOPNIK ZA JUGOSLAVIJO:

Mr. Ph. Vladimir Jelovac, Beograd, Kr. Milutina 56



Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoji za rane v mali kirurgiji

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

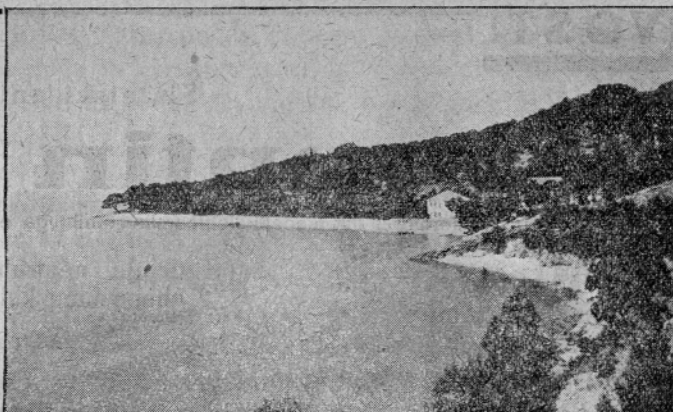
Hidrofilna kompresa je antiseptično impregnirana z YXIN-om. Bakteriološka lastnost Yxina je utemeljena po oligodinamičnem učinku ionov srebra. Yxin ima močan in trajen učinek tudi v globino in niti najmanj ne draži. Poleg tega dezodorira in je sam popolnoma brez duha. Vpliva dobro granulirajoče in epitelizirajoče.

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

VILA MIRA

**SOLINE
PRI
MAKARSKI**



INFORMACIJE
DAJE:

VILA MIRA
BAŠKAVODA
SOLINE
(VIA SPLIT)

V enem najlepših zalivov Dalmacije leži to idilično morsko kopališče, 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

Kopališčna taksa Din 2— dnevno

Vodeči preparati železa

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

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

Literatura po zahtevi!

GG. ZDRAVNIKOM, BOLNICAM, SANATORIJEM — NUDI
male okvirje za röntgenslike s celuloidnim vložkom lastne 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. potrebščinami

reform pobarval od izločenega svobodnega joda vijoličasto. Če pa je v urinu acetil-ocetna kislina, bo jod ostal v vezani obliki in kloroform bo brez barve.

Oksimaslena kislina, se nahaja v urinu pri težki obliki sladkorne bolezni, škrlatinki, ošpicah, raku, pri gladovanju kakor tudi pri enostranski prehrani s tolščami, zlasti če je to zvezano s težkimi telesnimi napori.

Oksimaslena kislina se pojavlja v urinu vedno samo v zvezi z acetil-ocetno kislino in acetonom. Če torej urin daje negativno reakcijo na acetil-ocetno kislino, tedaj nima smisla preiskovati ga na oksimasleno kislino.

Oksimaslena kislina ima, kakor se iz preje napisane formule vidi, asimetričen ogljikov atom, zato je optično aktivna. V urinu najdemo vedno levo optično aktivno in sicer znaša kot odklona — 24.12°. Zaradi njene optične aktivnosti jo lahko dokažemo s polarimetrom, toda odstraniti moramo iz urina predhodno vse ostale optično aktivne snovi. Tako sladkor z vrenjem, beljakovino s kuhanjem in spojine glukoronske kisline z amonijakom in usedanjem s svinčenim acetatom.

Kvantitativno določanje acetonskih teles v urinu, ki ga praktični zdravnik ne bo nikoli izvajal, se vrši po Liebnovi jodoformovi reakciji, ki temelji na tem: iz natrijeve lužine in joda dobimo natrijev hipojodid, ki daje z acetonom jodoform. Lužino in jod dodamo v večji količini kot je za reakcijo potrebno. Neuporabljeni jod določimo jodometrijskim potom, nakar iz porabljenega joda izračunamo količino acetona.

TOLŠČA

V normalnem urinu ni tolšč. Toda v patoloških slučajih se lahko pojavi tolšča v urinu v tolikšnih količinah, da je urin od nje povsem mlečne barve. Če se tolšča pojavi v obliki majhnih kapljic (chylurija), izgleda urin kot emulzija. Pri lipuriji pa se pojavi tolšča na površini urina v obliki velikih kapljic. Te tolšče sestojе večinoma iz neutralnih tolšč, tolščnih kislin, mila itd. in je njihova sestava odvisna od tolšč, ki jih je bolnik užival.

Prisotnost tolšč v urinu dokažemo na osnovi njihove topljivosti v etru ali benzinu. Če urin, ki vsebuje tolšče, pretresamo z etrom, se bodo tolšče raztopile v etru in urin bo postal jasen.

Natančnejši je akroleinski poiskus, ki je v tem, da urin, ki vsebuje tolšče, ekstrahiramo z etrom. Eter odlijemo od urina in pustimo, da izhlapeva. Ostanek mešamo s kalijevim kislim sulfatom, pri čemer se tvori akrolein, ki ga poznamo po neprijetnem duhu po prismojeni maščobi.

Konec prihodnjič.

OB OSEMDESETLETNICI WAGNER-JAUREGGA

Letošnji 7. marec je bil poseben praznik za Dunaj in njegovo slavno medicinsko tradicijo: Julij Wagner von Jauregg je obhajal svojo osemdesetletnico.

Kaj pomenja njegovo ime v mednarodnem zdravniškem svetu, je preveč znano, da bi morali njegove zasluge še podčrtavati. Noblova nagrada ga je ovenčala za njegovo genialno življensko delo: terapijo paralize z malarijo. Pred skoro devetnajstimi leti je Wagner-Jauregg seznanil medicinski svet s svojim odkritjem. Veledele medicinske znanosti je bilo to, a njegovemu stvaritelju je bilo usojeno, da ga ne preživi, ampak, da z njim živi in raste. Malo pridobitev bi našli v zgodovini zdravilstva, ki bi mogle zasenčiti po svoji pomembnosti Wagner-Jauregg-ovo delo. Zdravljenje z malarijo ni samo stvar psihiatrije. Sekularni pomen novega odkritja je prav tako in še bolj v dejstvu, da se je iz njega porodila cela in čisto nova znanost. Ni discipline v medicini, ki bi se ne bila ogrevala ob tej veliki stvari, ki bi se ne bila okoriščala z njenimi dalekosežnimi nasledki v terapiji in teoriji.

Za psihiatra pa je bilo Wagner-Jauregg-ovo delo še nekaj več kakor samo principialna rešitev vprašanja glede ozdravljivosti paralize; ideja namreč, ki jo je videl za dejstvom samim, ta ideja je pomenila konec in začetek. Konec terapevtične brezupnosti ter naivne polipragmazije prejšnjih časov, začetek pa novega in prirodoznansko utemeljenega zanosa v terapiji duševnih bolezni.

Učenec in naslednik Meynerta in Krafft—Ebinga je Wagner-Jauregg vse svoje dni zvesto upravljal slavno dediščino dunajske psihiatrične šole in jo nadvse bogato pomnožil. Svoje znanstvene delavnosti ni utesnil samo na problem zdravljenja paralize; najrazličnejša področja psihiatrije in medicine sploh je oplojal njegov duh. Znal pa je za svoje cilje navdušiti tudi sodelavce, ki jim ni bil autokratičen mojster, marveč ljubezniv svetovalec in negovatelj njih specialnih delovnih smeri. Ni majhno njih število in svetla so njih imena v psihiatrični in neurološki znanosti.

Kar ga napravlja še posebej tako velikega, je njegova neumorna delavnost. Poslovitev od katedre ni pomenila zanj otium cum honore. Lepo število del je izšlo izpod njegovega peresa v zadnjem deceniju in še danes je Wagner-Jauregg zvest obiskovalec na kliniki svojega učenca in naslednika Pötzl-a.

Wagner-Jauregga, res velikega mojstra medicinske vede, se ob njegovi osemdesetletnici s spoštovanjem in občudovanjem spominja tudi slovensko zdravništvo.

Dr. Kamin.

Jz zdravniških društev

XVI. REDNI OBČNI ZBOR ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA V MARIBORU DNE 14. FEBRUARJA 1937.

1. Zapisnik zadnjega občnega zbora se sprejme.

2. Sledijo poročila funkcionarjev, iz katerih izhaja, da je društvo imelo v zadnjem letu 85 rednih članov, od teh 44 v Mariboru, 41 pa izven Maribora. Odborovih sej je bilo 9, na katerih so se obravnavale tekoče zadeve. Dopolnov je društvo sprejelo 43, odposlalo 32.

Dohodki so bili v višini Din 3.557,—, od tega na članarini Din 3.340,—. Izdatkov je bilo Din 1.992,—. Premoženje društva na dan občnega zbora znaša Din 11.859,—.

Pogrebni sklad je imel prejemkov Din 9.388,—, izdatkov Din 8.125,— (posmrtnina po Din 2.000,— sorodnikom po umrlih članih: Dr. Jenkolu, dr. Lautnerju, dr. Wienerroither in dr. Železnikarju). Premoženje pogrebnega sklada znaša na dan občnega zbora Din 9.509,—.

Društvo je imelo pod vodstvom dr. Stane Lutmana v Splošni bolnici 9 znanstvenih demonstracijskih večerov.

3. Na predlog revizorjev dobi stari odbor razrešnico.

Samostojni predlogi: Soglasno se sklene, da se članarina zniža za bodoče poslovno leto na Din 30,— za zdravnike s privatno prakso ter na Din 10,— za ostale zdravnike. Pristopnina se sploh ukine.

Pogrebšina bo znašala v bodočem poslovnem letu Din 2000,—.

Po predlogu g. dr. Marina sklene občni zbor, da bo predlagal občnemu zboru Zdravniške zbornice, naj ta ukrene pri Savezu lekarskih komora, da se izpremeni dogovor med Savezom komor in zvezo zavarovalnih družb v toliko, da se izenačijo tarifi za preglede v vseh krajih ne glede na to, v kateri draginjski razred dotični kraji spadajo.

5. Pri volitvah se izvoli sledeči odbor: predsednik dr. Kac Rudolf, podpredsednik dr. Lutman Stane, tajnik dr. Bedjanič Milko, blagajnik dr. Velker Hugo. Odborniki: dr. Benčan Josip, dr. Klasinc Anton, dr. Pavlič Franjo, dr. Pihlar Janko, dr. Skalicky Bogo in dr. Vrtovec Josip. Namestnika: dr. Galle Gerhard in dr. Hrovat Anton. Preglednika: dr. Marin Vilko in dr. Novak Ljudevit.

Jz medicinskih časopisov

IZ POLJSKE LITERATURE

O klinični vrednosti določanja maksimalnega arterijelnega pritiska po Sahliju poroča dr. P. Smolin (Poznan) in je sledečega mnenja: Na višino maksimalnega pritiska vpliva cela vrsta okolnosti, med poznanimi že pri ostalih metodah, predvsem konsistenca tkiva pod žilo, razvoj in napetost mišic in globina žilnega položaja. Radi tega: 1. določanje krvnega pritiska po Sahliju ni niti popolnoma sigurno, niti popolnoma točno, 2. po tej metodi najdene vrednosti lahko sicer do gotove meje praktično uporabljamo, toda upoštevati je pri tem vedno gotove posebnosti (žilna podlaga), vkljub temu pa je boljše meriti po Sahliju, kakor vobče ne. 3. Velike prednosti pa ima metoda po Sahliju v izredno praktični uporabi aparature in v

njeni nizki ceni. 4. Vsako merjenje po tej metodi (običajno je višji, kakor pri ostalih) naj bo označeno z avtorjevim imenom. (Nowiny lekarskie, Poznan, št. 2, 1937.)

Večletna opazovanja bolnikov s sladkorno boleznijo nudijo dr. J. W. Grottu (Warszawa) priliko, da opozarja na običajno javljanje sladkorja v seču pri raku pankreasa. Včasih se pojavlja sladkor prav zgodaj pri bolnikih, ki pokažejo v toku boleznih pojave zločestega novotvora trebušne slinavke. Radi tega svetuje avtor za rano diagnozo tega obupnega obolenja ne samo običajno preiskavo seča in krvi na sladkor, temveč tudi pregled sladkornih množin v krvi po predhodnem podanju glukoze. To pa predvsem tam, kjer poleg nejasnih bolezenskih znakov trebušne votline (icterus!) sladkorja v seču ni najti. Tak

postopek nas pogosto opozori na skrito bistvo bolezni, ki je do danes še sicer redka, je pa zato tem težja.

Novější statistični podatki ameriških in angleških avtorjev dopuščajo mnenje, da se čim dalje, tem rajši veže sladkorna bolezen z rakom in z višanjem števila rakastih obolenj, se množijo tudi raki na trebušni slinavki. Nagel preobrat na slabše v povoljnem lečenju sladkorne bolezni, bi naj nas po mnenju avtorja vsikdar opozoril na možnost rakaste bolezni v pankreasu. S smotrnejšim zdravljenjem diabetikov se je naglo dvignila njihova povprečna starost in s tem prilika, da vstopijo v ono dobo, ki je za rakasta obolenja najugodnejša. To dejstvo nas sili vedno bolj k pozornosti za pankreas, čigar obolenje je danes v veliki večini samo slučajna sekcijska najdba. (Medycyna, Warszawa, št. 19, 1936.)

Pri podrobnem opisu pojavov hipertensio proxysmalis concomitante morbo Menier-i svetuje dr. R. Pekielis (Poznan) sledeči postopek kot najuspešnejši: I. Pri težkih in naglih napadih a) venectio, b) intramuskularno Gardenal, c) intravenozno 40% gr. sladkorja, č) per rectum scopolamin. hydrobrom. plus extr. hyosciami.

II. V lažjih primerih: a) intramuskularno Gardenal, b) per rectum Gardenal (0,075) c) per os calcium-brom. lactobional. Uspeh zdravljenja tega redkega in zanimivega obolenja je z navedenimi sredstvi zagotovljen. (Nowyny lekarskie, Poznan, št. 24, 1936.)

Upoštevaajoč nedavna dognanja, da vsebuje slina hormonalne lastnosti, ki vplivajo na krvotvorne sisteme, objavlja prof. dr. T. Tempka (Krakow) izsledke svojega poskusa o pomenu slinavk v patogenezi Biermerjeve bolezni. Zdravil je težko bolnega na Biermerjevi bolezni 70 dni s svežo slino, ki jo je dobival od zdravih po vbrizgavanju pilokarpina. Srednja množina popite slin je znašala dnevno 311 ccm, skupno je zaužil bolnik 20'33 l slin. Po končanem zdravljenju je dosegel izvanredno zboljšanje obeh krvnih sestavov, kostnega mozga in občo popravo, saj je bolnik pridobil 8'5 kg na teži. Med zdravljenjem se je pokazalo, da je bila poprava odvisna od množine popite slin in od časa, ki je potekel od pridobivanja do zaužitja.

Po podrobni presoji izvanredno zadovoljujočega uspeha takega sdravljenja, poleg slin je dobival bolnik samo še solno kislino, si

zastavlja avtor sledeča vprašanja: 1. Ali prihaja snov, vsebovana v slini in povzročujoča v Biermerjevi bolezni hematologično in splošno remisijo, podobno oni po želodčno-jetrnem zdravljenju, neposredno iz samih slinavk ali pa se izloča iz drugih telesnih organov in se samo skupno s slino izliva v usno duplino? 2. Kakšno je bistvo te snovi, posebej še v razmerju do učinkovite antianemične snovi zdravljenja želodčno-jetrnega? Opazovane lastnosti, občutljivost in kratkotrajno delovanje, so za njeno vsaj približno presojo gotovo premalo značilne. 3. V uspelem poskusu je bila upotrebljena celotna slina. Ugotoviti bi bilo, katera izmed slinavk proizveja ali vsaj posreduje izločenje učinkovite snovi. Ravno tako bi bilo presoditi tudi delovanje simpatične slin, kajti uporabljena je bila izključno parasimpatična. 4. Ugotoviti je treba še razmerje antianemične snovi slinavk do njihovega celokupnega udejstvovanja.

Naloga bodočih kliničnih in živalskih poskusov je, da navedena vprašanja pojasnijo. (Polska gazeta lekarska št. 45, 1936.)

Dr. A. Mester opisuje svoja izkustva o zdravljenju kroničnega revmatizma zglobov z myochrysinom. Soli zlata so v tem zdravljenju zelo učinkovite, popravljajo ne samo patološke pojave sklepov, temveč tudi obče toksične znake obolenja. Izključuje pri tem artroze in gonorične infekcije. Uporabnejše pa so oljnat raztopine, ki se vsestavajo počasnejše ter se izločajo pozneje kakor vodne. Radi tega jih je možno uporabljati pri vseh občutlivejših bolnikih in celo tam, kjer vodne raztopine niso bile uspešne. Zdravljenje z vodnimi raztopinami, če je postalo brezuspešno, je možno z oljnatimi učinkovito nadaljevati. (Medycyna, št. 21, 1936.)

O alergičnem in nealergičnem kožnem izpuščaju piše dr. A. Nadel (Lwow). Bolnik član državne policije, se je 18 mesecev lečil brezuspešno z vsemi mogočimi sredstvi radi trdovratnega kožnega izpuščaja. Silno srbenje in mokrenje kože mu ni dovoljevalo vršiti službo, grozil mu je odpust. 36 nalepkov (po Bloch-Jadassohnu) različnega platna in raznobarnega blaga je pokazalo kožno preobčutljivost pri dotiku s temno modrim blagom njegove uniforme. Njeno anilinovo barvilo (resanilin) je povzročilo pri vbrizgavanju nage in oster napad izpuščaja. Kontrolne osebe

so ostale zdrave. Vbrizg bolnikovega seruma (Braunsitz-Küstner) zdravemu in naknadno vkožno vbrizganje anilinovega barvila daje ostro kožno reakcijo kakor pri bolniku. Alergičen vzrok bolezni je bil s tem dokazan. Autor je izlečil bolnika popolnoma z vbrizgavanjem postopno koncentriranejšje raztopine anilinovega barvila. Vkljub temu pa je ostal poskus pasivnega prenosa po Prausnitz-Küstnerju pozitiven, to znači, da se je posrečila desenzibilizacija, ne pa tudi dealergizacija.

Neki trgovec je bolehal 5 let na izpuščaju obeh rok in podlaktij. Stalno lečenje po specialistu je ostalo po vsem brezuspešno. Pred početkom alergičnih poskusov obleče avtor bolniku platnene rokavice, ki pokrijejo vsa obolela mesta, ki jih istočasno namaže s cinkovo masljo. Jasno zboljšanje je že po dveh dneh kazalo na zunanji vzrok bolezni. 46 kožnih poskusov s skoraj vsemi vrstami blaga bolnikove prodajalne je na to pokazalo izrazilo podražjenje kože s pastami za mazanje barvanih tal. Kemična analiza teh past je dognala, da more biti dražljivi činitelj edino terpeninovo olje. Kontrolne osebe, pri katerih je bila ravno tako uporabljena pasta, pa so pri poskusih ravno tako reagirale, kakor bolnik sam. Nealergično pokolenje trgovčeve dermatoze je bilo s tem dokazano. Dodatni poskusi so izpričali še to, da je samo 100% terpeninovo olje povzročevalo izpuščaj.

Ozdravljenje je na to nastopilo naglo v nekaj dneh z uporabo indiferentnih mazil in odstranitvenjem past iz bolnikove neposredne okolice. Izboljšanje pa je nastopilo že po prvem umivanju rok z milom in vodo, ki mu je po zdravnikovem (!) nasvetu 5 let prepevedano.

Po izkušnjah teh in takih slučajev avtor strogo loči med alergičnimi in nealergičnimi dermatozami, dermatitis profesionalis pa, ki se pasivno ne da prenesti, prištevava po Ro-

esle-ju med tako zvana patergična obolenja. (Polska Gazeta Lekarska, Lwow, št. 2, 1937).

THERAPEUTICA

E. Müller—Greifswald: „O sodobnem zdravljenju gonorrhoe.“ (Ärztl. Nachr 4/31). Za terapijo ženske gonoreje je poleg fizioterapevtskih ukrepov prav posebno važna sistematiska ureditev iztrebljanja. Avtor priporoča Normacol kot jako ugodno učinkujoče sredstvo. Učinek tega sredstva tudi po daljši rabi nikdar ne popušča.

Snjely: „O Enzypanu.“ (Prakt. lékař 18/50). Na prav številnem materijalu dokazuje avtor posebno zboljšanje težkih ahalij pri pernicioznih anemijah, ki se niso dale zboljšati z nobenim drugim sredstvom. V 15 slučajih so težave skoraj trenutno prenehale. Pri kataralčnem iktetu zboljša Enzypan apetit, maščobe se bolje prenašajo. Kronične in subakutne gastritide ter akutne dispepsije se zboljšajo s pomočjo Enzypana, pri čemer je v 11 slučajih narasla tudi telesna teža. Prav posebno učinkujoč je bil vpliv Enzypana po dietetskih napakah in slično.

Znana Švicarska farmacevtska tvrdka „Ciba“ izdaje že tretje leto svoj časopis. Za vsakega zdravnika, ki se zanima za svoj stan tudi s širšega stališča, pomeni vsaka nova številka novo in vedno prijetno presenečenje, bodisi, da je posvečena „Zdravniku v bajki“, „Poskusom zdravnikov na lastnem telesu“ „zdravniškim knjižnicam“ ali kaki drugi temi. Vedno je vsebina tega vzornega časopisa skrbno sestavljena od prvovrstnih avtoritet na dotičnem polju. Vse številke skupaj pa bodo tvorile pravi zaklad medicinsko in kulturno zgodovinskih, etnografskih in sličnih člankov. Reklama napram vsem tem skoraj popolnoma izgine in se nam nikjer ne vsiljuje. Tak časopis služi v čast izdajatelju in bi lahko služil tudi kot vzor drugim podjetjem. Ur.

Nove knjige

Dr. Vit. Pavlović: Pojava i značaj akutnog plućnog zapalenja u vojsci. Ta obširna študija je izšla kot cel zvezek Vojno-sanitelskog glasnika za leto 1936.

Poleg tuberkuloze je akutna pljučnica tako

po svoji razširjenosti, kakor po posledicah katere zapuščča, najpogostejša bolezen, za katero boleha naša vojska. Pisec te obširne študije se je z velikim znanjem in kritičnim duhom poglobil v to vprašanje in nam podal jasno

sliko bolezni za dobo zadnjih desetih let. In kaj je iz tega razvidno? Od celokupno obolelih mladih ljudi je 22⁰/₀ v najboljših letih trajno nesposobnih za vojsko, za narodno gospodarstvo, za življenje! Še bolj obupno je, ker izvedemo iz tega dela, da je samo v Glavni vojni bolnišnici bolehalo v teh letih 2.377 vojakov, od katerih jih je umrlo 13.50⁰/₀, trajno nesposobnih pa je ostalo 9.17⁰/₀. To so številke, ki jasno govore in ne potrebujejo komentarja.

Raditega smo tudi rabili to resno študijo kot dokaz, kakšno važnost daje temu vprašanju naša vojna saniteta, kateri študije, kakor pričujoča, služijo v čast. Pisec, ki je dolgo vrsto let delal na internem odelku Glavne vojne bolnišnice kot prvi sodelavec svojega odličnega učitelja in šefa gen. Ruvidića, se ni strašil truda in je zbral obširen material, ki je oživel šele preko njega in jasno spregovoril.

Na koncu, v III. delu, nam nudi avtor obširen pregled terapevtskih posegov, s pomočjo katerih so se borili na tem oddelku proti pljučnici in njenim komplikacijam. Dr. Grujić.

Mikić — Švarc: **Pomor dojenčadi u Zagrebu.** Biblioteka centralnog hig. zavoda 1936. Knjižica obravnava statistiko rojstev in umrljivosti dojenčkov v razvijajočem se Zagrebu, ki tvori težišče in središče velikega dela Jugoslavije v gospodarskem, znanstvenem in zdravstvenem ozirju. Kljub trajnemu dotoku prebivalstva iz kmečkih krajev v visoko nataliteto pada indeks biološkega tipa v Zagrebu, kar pomeni naraščanje starejših na škodo mlajših letnikov radi naglega prehajanja kmečkih slojev v mestne poklice in istočasno padanje rojstev, pojav kakor ga v sličnih okoliščinah opažamo po celem svetu, ravnolako sporedno padanje umrljivosti dojenčkov in sicer od 260⁰/₀₀ (1.1896) na 157⁰/₀₀ (1.1931).

Splošno znana večja umrljivost moških otrok (od splavov preko nedonošenih do donošenih otrok, je tudi v Zagrebu razvidna iz vseh statističnih tabel, ne da bi se našel pravi vzrok za to. Dviga se tudi število smrtnih slučajev za prirojenimi hibami in za življenjsko slabostjo, kar je zopet v zvezi z relativno večjim številom prvih porodov; naraščanje prirojenih hib se opaža tudi pri nas.

Dečja umrljivost poleti radi prebavnih, pozimi radi pljučnih obolenj, se ujema z izkušnjami po drugih državah, je pa v bistvu posledica socialno-ekonomske slike tistega dela prebivalstva, ki razpolaga z največjo genera-

cijsko silo. Ogromen material je obdelan z izredno pridnostjo in natančnostjo, za človeka, ki ima smisel za številke in ljubezen do abstraktnega računanja, bogato najdišče.

Avtorja se vzdržujeta oprezno predalekosežnih sklepov iz svojih dognanj, kar je pri statističnih podatkih vedno na mestu.

Dr. V. Stacul.

Dr. Mile Budak: **Vitamini i kalcij.** Knjigo je založila začetkom tega leta tvrdka „Kaštel“ v Zagrebu. 138 strani, oktav.

Kot uvod je podana kratka zgodovina vitaminov, njihova klinična važnost ter odnos do hormonov. Vsakemu vitaminu posveča posebno poglavje. Opisu kemizma sledi definicija enote in tabela najvažnejših hranilnih snovi, ki vsebujejo dolični vitamin. Omenjeni so tudi najvažnejši klinični znaki hipo-in avitaminoz.

Poleg že znane A-avitaminoze so česte hipovitaminoze pri obolenjih, kjer je rezorpcija masti otežkočena (holangiopatije, pankreatitide). Zanimiv je tudi antagonizem med vitaminom A in tiroksinom (terapija bazedova).

Antineuritični vitamin B₁ ima veliko klinično važnost pri vseh živčnih obolenjih. Vitaminski kompleks B₂, ki obsega rastni vitamin B₂, antipelagrični vitamin B₆ ter antianemični faktor po Casle-u, ima ostreje omejeno indikacijsko polje. Drugi vitamini skupine B nimajo do sedaj klinične važnosti.

Antiskorbutični vitamin C naziva „fiziološki tonikum za stanice“. Izmed vseh vitaminov rabi človek največ tega. To moramo v prehrani in zdravljenju upoštevati posebno, ker ne obstoja nevarnost hipervitaminoze. Kot fiziološko delovanje vitamina C navaja: Hemostatični učinek pri kapilarnem krvavenju (ob času, ko je knjiga izšla, še ni bila znana frakcija P), onemogočanje tvorbe melanina, povečanje odpornosti črevesne sluznice, sinergizem z vitaminom B pri regeneraciji kosti in desenzibilizacijo pri alergičnih stanjih. Na Zagrebški kliniki so dognali, da nastopa po lokalnem obsevanju kateregakoli organa deficit vitamina C, ker se le-ta v pomnoženi količini izloča. Po obsevanju vsega organizma ta deficit ne nastopa. Indikacije za zdravljenje z vitaminom C so mnogostranske in številne.

Pri vitaminu D je važna tudi hipervitaminoza. Zanimiv je antagonizem med vitaminom D in parahormonom za preosnovno kalcija, iz česar sledi tudi ugodni vpliv vitamina D pri

paratireoprivni tetaniji. Vitamina E (antisterilitejni) in H (kožni) sta le kratko omenjena, ker še nimata večjega kemičnega pomena.

Običajna hrana, posebno pa še ona v zavodih, niti zdaleka ne krije potrebe na vitaminih zdravega človeka, še manj pa bolnika, pri katerem je potreba večinoma povečana.

V kratkem pregledu farmakologije kalcija povdarja avtor važnost mobilizacije endogene kalcija, ki nastopa po dovajanju kalcijevih soli. Nivo kalcija v krvi se dvigne za mnogo več, kakor bi odgovarjalo dovedeni količini kalcija. Zato se tudi znatne količine kalcija izločijo v seči. V tem pogledu obstoja velika razlika med posameznimi solmi. Največjo demineralizacijo povzročajo anorganske soli. Zato je uspeh v terapiji z organskimi solmi sigurnejši. Vitamin D poveča — v nekaterih slučajih celo šele omogoča rezorpcijo in fiksacijo kalcija v organizmu. Zato je važno, da v danem slučaju kombiniramo oboje sredstev. Uporaba kalcija kot zdravilno sredstvo je vsestransko.

Knjigo, ki predstavlja nekak kompendij vsega, kar danes vemo o vitaminih, dopolnjuje seznam celotne do sedaj objavljene literature na tem polju. Prav zanimivo in lično knjigo pošlje tvrdka brezplačno vsakemu interesentu.

Dr. I. K.

„Endokrinologie für den Frauenarzt in ihrer Beziehung zur Ovarialfunktion und insbesondere zur Amenorrhöe.“ Prof. Dr. Erwin Kehrer, Marburg (Lahn) 1937. — Ferdinand Enke, Verlag Stuttgart. (564 strani). Cena: broš. R. M. 43/80, vez. 46. Namen avtorja je, zdravniku ginekologu podati širok vpogled v zvezo med nezadostno funkcijo jajčnikov in motnjami oziroma boleznimi vseh ostalih krvnih žlez. Pri tem razmotriva vse dosedaj znane tozadevne probleme in slučaje, pri čemer se skuša držati gotovega sistema v tem labirintu kot ga sam imenuje. Vmes pa vpleta tudi svoje dolgoletne in bogate izkušnje v endokrinologiji.

To ogromno delo začne s tem, da preide preko biološko endokrinih temeljnih dejstev medsebojnega vpliva možganske skorje, sred-

njih možgan, prednjega režnja hipofize, jajčnikov in uterusa, nadalje preko razmerja jajčnikov do drugih endokrinih žlez pod normalnimi pogoji in pa preko normalne fiziološke amenoreje na ogromno poglavje patoloških amenorej, kar je pravzaprav glavna tema knjige.

Po temeljitih izvajanjih o motnjah v delovanju jajčnikov se avtor izdatno pomudi pri interseksualnih tipih in vseh možnih spremembah v jajčnikih, oziraje se vedno v glavnem na nje kot vzroke za amenorejo.

Pri spremembah vseh posameznih žlez obravnava avtor njih hormonalne hiper- in hipofunkcije in njih vpliv na celotno telo posebno z ozirom na vzročno zvezo z amenorejo. Pri tem na široko opisuje različne distrofije celotnega organizma nastale po spremembah teh posameznih žlez in se prav posebno pomudi pri morbus Basedowi, Addisonii in status thymicolymphaticus.

Nato pa preide iz velikega poglavja monodokrinopatijske funkcije jajčnikov in menstruacije na bi — oziroma pluriglandularno obolenje krvnih žlez in pripisuje važno vzročno zvezo dejstvu, da so pri tem skoraj vedno oboleli sprednji režnji hipofize ali pa skorja nadledvic.

Posebno poglavje posveča avtor v privalni praksi večkrat tako malo upoštevanemu psihičnemu vzroku amenorej, kakor tudi psihozam in duševnim boleznim.

Istotako opisuje posledice sprememb v klimakteriju in po kastraciji, ki nastopijo v genitalnih organih kakor tudi v žlezah in celem organizmu. Pri tem omenja, da imajo takozv. molimina klimakt. le v majhni meri svoj vzrok v pomanjkanju folikularnega hormona in delne hiperinkrecije prednjega režnja hipofize, pač pa smatra, da so to v glavnem le posledice dolgoletnih psihoseksualnih anomalij.

Knjiga je sicer zelo obširna (564 strani), pač pa za ginekologa kakor tudi internista priporočljiva, ker v njej najde skoraj vse dosedanje probleme in raziskovanja v tej smeri sistematično in pregledno podana.

Dr. M. Finkova.

Kongresi

Deveti mednarodni kongres za vojno medicino se bo vršil v Bukarešti od 2. do 10. junija t. l. Kongres v ožjem smislu bo trajal do 8. junija, zadnja dva dni pa se bo vršilo zasedanje mednarodnega urada za vojno medicino v Sinaji. — Program kongresa je izredno pester.

Mednarodni kongres o insuficienci jeter se bo vršil v Vichy-u od 16. do 18. sept. 1937. Udeleženci kongresa uživajo najrazličnejše ugodnosti. Informacije daje: Docteur J. Aimard, secrétaire général du Congrès international de l'Insuffisance hépatique, 24, Boulevard des Capucines, Paris (IX^e).

Jugoslovanska liga proti tuberkulozi. Redna letna skupščina Jugoslovanske lige proti tuberkulozi, ki stoji pod najvišjim pokroviteljstvom Nj Veličanstva kraljice Marije, se bo vršila letos dne 23. maja ob 18^h ob priliki III. Jugosl. protituberkuloznega kongresa.

Glavna skupščina Jugoslovanskega Ftizeološkega društva se bo vršila ob priliki III. Jugosl. protituberkuloznega kongresa v Arandjelovcu, dne 24. maja t. l. ob 18^h. — Udeležba obvezna.

Pod častnim predstvom: prof dr. A. D'Arsonval, Paris, Exc. Sen. march. G. Marconi, Roma, prof. dr. J. Zenneck, München, se bo vršil **internacionalni kongres za kratke valove iz fizike, biologije in medicine** na Dunaju od 11. do 17. julija 1937. Pojasnila daje institut za fizikalno terapijo kr. neurološke klinike v Zagrebu, Kukovičeva ul. 1.

LetoŃnji kongres International society of medical hydrology se bo vršil od 17. — 22. oktobra 1937 v Frankfurtu n. M. in Wiesbadenu. Teme so: 1. bioklimatika, 2. psihoterapija v zdravilišcih in kopališcih in 3. prirodnoznanstvo peloidov. — Pojasnila daje dr. L. Trauner, Krapinske Toplice.

Drobne novice

Dr. Alojzij Kraigher je pred kratkim praznoval svojo 60-letnico. Uglednemu tovarišu, ki si je pridobil trajno mesto v slovenski pripovedni literaturi, ob njegovem življenjskem jubileju iskreno čestitamo!

LetoŃnji protituberkulozni teden je stal zlasti v Sloveniji v znamenju prav posebno velike agilnosti in poŃrtvovalnosti. Tudi zdravniki so letos prav posebno intenzivno sodelovali. K tednu se Ńe povrnemo.

Po vzorcu protituberkuloznega tedna name-

ravajo decembra t. l. priredili teden proti alkoholu.

Jugoslovanski rentgenologi so pod vodstvom prof. L. Popovića, predstojnika rentgenološkega zavoda zagrebske univerze, začeli izdajati svoj list: Radiološki glasnik. Ni dvoma, da pomeni ta list obogatitev jugoslovanskega medicinskega revialnega slostva.

Dr. Fr. Kolterer, kopal. zdravnik in specialist za balneoterapijo, ordinira — kakor vsako leto — od 1. maja dalje v Rogaški Slatini

Iz uredništva

ZA TISKOVNI SKLAD Z. V. SO PRISPEVALI:

Dr. A. Jenko, Vevče Din. 60.—, dr. Krisper, Ljubljana Din 50.—, dr. Korun, ŃoŃtanj Din 20.—. Poleg tega smo prejeli sledeće subvencije: Kr. banska uprava Din 2000.—, Zdravn. druŃtvo — Maribor Din 500.—, DruŃtvo banov. zdravnikov Din 500.—. Hvala.

Kolegi, ako hoćete, da VaŃ list redno izhaja in da se njegov obseg znatno ne zmanjša, tedaj ne pozabite na tiskovni sklad.



Novi, kri ustvarjajoči tonikum,

jako učinkovit, ker vsebuje visoko koncentrirani izvleček jeter.

E. MERCK - DARMSTADT

Zastopnik za Jugoslavijo: **Mr, Dr, Leo Neumann, Zagreb, Uli. Mošinska 14**

Röntgen

Röntgen

FILMI - PLOŠČE - PAPIRJI

Cene nizke, postrežba točna!

Zahtevajte ponudbe:

DROG. ADRIJA — LJUBLJANA — ŠELENBURGOVA

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG

LJUBLJANA

**TELEF.
31—33**

MIKLOŠIČEVA C. 16

Priporoča gg. zdravnikom medicinsko in farmaceutsko slostvo po originalnih cenah. Ne naročajte pri inozemskih potnikih, pri katerih plačate višje cene! Nemško marko preračunavamo do nadalj. po 12 Din.

VSEBINA:

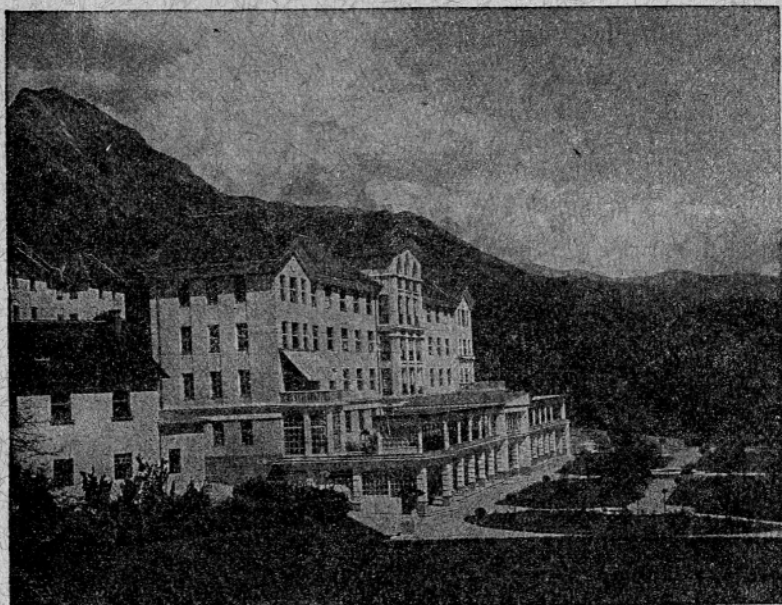
	Stran
Dr. Neubauer—dr. P. Černe: Pljučna tuberkuloza in nosečnost	137
Dr. T. Furlan: Dednost in konstitucija pri tuberkulozi . (nadaljevanje in konec)	145
Dr. Milić Grujić: Vprašanje vitaminov, posebno vitamina C pri tuberkulozi	151
Dr. Joža Bohinjec: Zavarovanje delavcev za slučaj onemo- glosti in protijetično skrbstvo	158
Dr. M. Karlin: „Domače“ zdravljenje pljučnih bolezni . (Fitoterapevtični pomenki)	162
Dr. Stjepan Ivić: O zaprti tuberkulozi z ozirom na dispan- zersko delo	167
Dr. Ignjat Singer: Kako bi se moglo što efikasneje, solidneje i jeftinije organizirati borbu protiv tuber- kuloze u našoj zemlji	173
Dr. Neubauer—Dr. Furlan: Rana diagnoza pljučne tuberkuloze . . (Smernice za praktične zdravnike)	180
Mr. ph. R. Damaška: Analiza urina v ordinaciji praktičnega . zdravnika — III. Acetonska telesa — folšča (konec prihodnjič)	182
Dr. Kamin: Ob osemdesetletnici Wagner—Jauregga	186
Iz zdravniških društev: XVI. Redni občni zbor zdravn. društva v Mariboru dne 14. februarja 1937	187
Iz medic. časopisov: Iz Poljske literature — Therapeutica	187
Nove knjige	189
Kongresi	192
Drobne novice	192
Iz uredništva	192

PREDNAZNAILO

V kratkem bo izšel priročnik za zdravnike: „Ekonomično ordiniranje magistrálnih receptov“ od lekarniškega referenta banske uprave mag. pharm. Rada Damaška. Knjiga bo obsegala ca 120 strani.

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 — brzojav: 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“

HOGIVAL

„SANABO-KAŠTEL“

Infekcije po 100 internac. edinic Tablete po 500 ali 1500 internac. edinic

V vodi topljivi koncentrirani seksualni hormon, vezan
na ostale substance ovarija in dozorelega folikla

I n d i k a c i j e: Pri funkcionalnih motnjah in izpadu funkcije ženskega genitalnega aparata s spremljajočimi pojavi (amenoreja, oligoopsomenoreja, poliprotomenoreja, metroagije, klimaks, menopavza po histerektomiji, težkoče po spontano nastopivši menopavzi)

PITUISAN

„SANABO-KAŠTEL“

1 ccm = 10 internac. edinic

SIGURNO SREDSTVO ZA POPADKE, USTANOV. PO MEDNAR. STANDARDU

Ampule z 1,1 ccm in 0,5 ccm v škatljah po 3 in 6 ampul.

NOVO ODLIČNO SREDSTVO

PROTI HIPERTONIJI

CHOLPARIN »KAŠTEL«

TABLETE

(Vsebujejo HOLIN, aljodan, perparin i teobromin)
Orig. fiole z 20 tabletami — 3 tablete dnevno

Kaštel d.d.

Zagreb