

# ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO, IZDAJATELJSTVO IN ADMINISTRACIJA:  
DOCENT DR. A. KOŠIR, LJUBLJANA, TAVČARJEVA 6.

TISK J. BLASNIKA NASL. UNIVERZITETNA TISKARNA IN LITOGRAFIJA D. D  
V LJUBLJANI. ODGOVOREN JANEZ VEHAR.

## SANATORIJ DR. SCARPATETTI

Wetzelsdorf pri Grazu na Štajerskem. - Telefon 5067.

**Za živčno bolne in notranje bolezni.**

Specielno: malarijske kure po Wagner-Jaureggu; odvadno kure za alkohol in živčne strupe;  
psihooanaliza nevroz, oskrba demenčnih in debilnih, redilne in dietetične kure.

Zelo zmérne cene!

Prospekti z obratno pošto!

## Fizikalno zdravilišče in kopališče OUZD v Ljubljani

**Miklošičeva c. 20**

splošno dostopno.

**Hidro- in balneoterapija:** ovitki, otiranja, polkopeli, škotske prhe, Tyrnauer-aparati, svetlobne kopeli, žveplene, smrečne, ogljenokisle, solne kopeli itd.

**Elektroterapija:** diatermija, jontoforeza, galvanizacija, faradizacije, elektrokoagulacije, celotne in četverostanične kopeli itd.

**Fototerapija:** Višinsko solnce, Bach, Jessionek, Sollux.

**Mehanoterapija:** Zander aparati in ročna masaža.

Zdravilišče je pod vodstvom zdravnika.

Sprejemanje pacientov: privatniki od 8. do 10., člani od 10. do 12.

Ob pondeljkih zaprto.

**Čistilno kopališče:** kadne in parne kopeli, prhe.

## Vsebina:

Dr. Ljudevit Merčun: Praktična uporaba duodenalne zonde . . . . .	35
Dr. R. Neubauer: Smernice za sprejem bolnikov v zdravilišče na Golniku . . . . .	42
Dr. France Debevec: Kritične opazke h Gersonovi metodi . . . . .	43
Dr. Fr. Derganc: Tuberkuloza Kümmelove kifoze . . . . .	45
Razvoj bolniškega in nezgodnega zavarovanja od l. 1889. do danes . . . . .	51
Navadna in kofeina prosta kava in njiju glavni učinki . . . . .	55
Referati . . . . .	56
Govornica . . . . .	59
Drobiž . . . . .	61

Gospod kolega! Kadar naročate pri tvrdkah, ki inserirajo v „Zdravniškem Vestniku“, kadar zahtevate brezplačne vzorce in literaturo za preparate, pozivajte se vselej na „Zdravniški Vestnik“!

## Gospod kolega!

Ste-li že pristopili k **POKOJNINSKEMU ZAKLADU** za zdravniške vdove in sirote?

**AKO NE,**

javite takoj svoj pristop na naslov gosp. dr. E. Dereani-ja, Ljubljana, Kongresni trg 14 in priložite krstni, odnosno poročni list.

# Pyridium

novi peroralni  
sečni antiseptikum

3 × dnevno  
2 tablete

originalna cevka z  
25 tabl. po 0,1 g

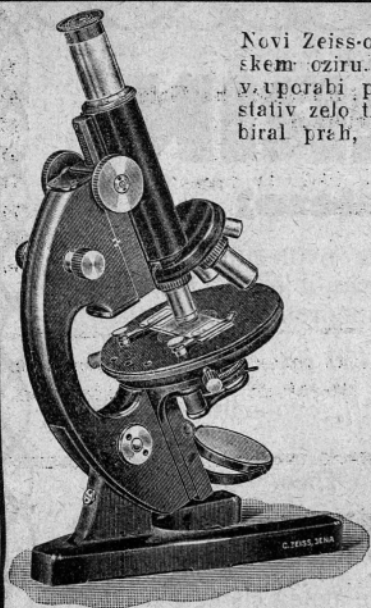
Pyridium Corporation, New York

Razpečava:

**C. F. Boeringer & Soehne, G. m. b. H.**  
**Mannheim-Waldhof.**

Zastopstvo za Jugoslavijo:

Zagreb: Ruj, Internacionalna zastupstva, Trg Kralja Tomislava 17.  
Beograd: Ignjat I. Levenzon, Resavska ul. 67.



Novi Zeiss-ovi stativi so prav dovršeni v praktičnem in estetskem oziru. Lepa oblika je prilagojena modernemu okusu, je v uporabi priročna in smotreno izdelana. Temu primerno je stativ zelo trden brez ostrih robov, brez kotov, kjer bi se nabiral prah, tulus in nosilec mizice, ozir. kondenzorja sta stabilno pritrjena, stativ se daje upogniti zaresljivo in izdatno do vodoravnega položaja tubusa.

Ker se dajejo Zeiss-ovi stativi vsestransko opremiti in uporabiti in ker so relativno poceni, se rabijo v vseh strokah in panogah.

## ZEISS-ovi Mikroskopi

Naslikana oprema ESA 94 „Minervina“ poveča 56—1350 kratno ima poenostavljeno premakljivo mizico, premično razsvetilo, kondenzor z zaslonko (irido), 4-kraten revolver, 2 ahromatska objektivna in homogena imerzija z zaslonko za temno polje, 2 Huyghen-sova okularja in cmarico. Je to najbolj razširjena oprema za praktičnega zdravnika in bolnice.

S pozivom na Zdravniški Vestnik in napovedbo točne uporabe Vam pošiljamo gratis in brez vsake obveznosti oferto za ev. najprimernejšo opremo. Tiskovine pošilja brezplačno.

**Carl Zeiss, Jena**

ali

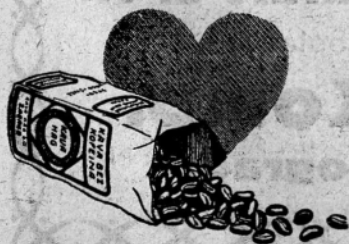
**M. Pavlović, generalno zastopstvo za Jugoslavijo**

Beograd, Sremska ul. 9, tel. 37—00.

# ZEISS

# KOFEIN

draži funkcije velikih možganov zato pri vsakem slučaju slabega spanja kofeina prosto



# KAVO HAG

Vzorci in literatura brezplačno pri Kava Hag  
d. d., Tomašičeva ul. 4, Zagreb



# LECIFERRIN

(Ovo-lecitin železo)

izredno tečna in lahko užitna raztopina ovolecitina in železa vsebuje ovolecitin s fosforjem in železo v obliki železovega oksidhidrata, ki je prav lahko prebavljiv.

V orig. steklenicah po 450 gr.

**Leciferrin purum:** vsebuje 0·1% ovolecitina in 0·5% železovega oksidhidrata.

Doziranje: 3 × dnevno 1 žlico.

**Leciferrin cum arseno:** vsebuje poleg Leciferrin purum še acid. arsenic 0·0005 pro dosi (velika žlica).

**Leciferrin cum jodo:** vsebuje poleg čistega Leciferrina še kalium jodatum 0·20 gr (velika žlica).

**Leciferrin tablettae:** dražirane tablete v škatlicah po 52 komadov.

Doziranje: 3 × dnevno 2 tablete.

**Leciferrin tablettae cum arseno:** čisti Leciferrin z acid. arsenic. 0·0005 gr. pro tabl. Dražirane tablete v škatlici po 52 komadov.

**Leciferrin** deluje uspešno in hitro pri *anemiji, kloroz<sup>i</sup> marazmu, pomanjkanju teka in spanja, po kroničnih obolenjih*; dvigne sile organizma in krepi splošno telesno stanje pri *infekcijskih boleznih, kot hripa, tuberkuloza, razne krvavitve* i. t. d.

---

Literaturo in vzorce pošlje gg. zdravnikom brezplačno:

**„GALENUS“**

**Chem. Industrie, Frankfurt a. M.**

Glavno skladišče za Jugoslavijo:

**Mišković I Komp.**  
**veledrogerija, Beograd.**



# ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA  
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA:  
DOCENT DR. A. KOŠIR, LJUBLJANA, TAVČARJEVA ULICA 6

Štev. 2.

Ljubljana, dne 7. februarja 1930.

Leto II.

Iz internega oddelka splošne bolnice v Ljubljani.

Predstojnik prim. dr. I. Jenko.

## Praktična uporaba duodenalne zonde.

Dr. Ljudevit Merčun,

asistent oddelka.

Že od nekdaj so delali organi, ki niso neposredno vidni, diagnostične nepravilike in težave. Želja, spoznati te organe vsaj posredno, je rodila nebroj tehničnih pripomočkov, ki omogočajo spoznati spremembe na teh organih: so to na eni strani različni endoskopi, ki napravijo organe vidne, n. pr. ezofagoskop, rektoskop, gastroskop, na drugi strani pa zopet metode, ki nam posredno dajejo možnost, spoznati spremembe organov na podlagi njihovega funkcionalnega delovanja. V to vrsto spadajo različne zonde za pridobivanje prebavnih sokov, med njimi duodenalna zonda.

Iznajdba duodenalne zonde sega v dobo, ko je bila želodčna diagnostika potom Kussmaulove želodčne zonde že dosegla svoj višek. V tej dobi se je pojavljala želja po pridobivanju človeških sokov trebušne žleze slinavke in jeter, kojih eminentna važnost za prebavo je bila dokazana na podlagi Pavlovega poizkusa na psu. Leta 1897. je kot prvi objavil Hemmeter metodo pridobivanja duodenalnega soka, ki pa se radi svoje nepraktičnosti ni obnesla. (Arch. f. Verdauungskrankheiten: Versuche über Intubation des Duodenum.) Šele njujorskemu znanstveniku Maksu Einhornu se je posrečilo leta 1909. izdelati metodo, ki je klinično uporabna in ki se še danes uporablja. Med tem, ko so prejšnji iznajditelji vedno skušali vpeljati zondo skozi želodec v duodenum aktivno, uporablja Einhorn idejo, da prepušča vodenje zonde skozi želodec motiliteti želodca samega.

Duodenalna zonda je 5 mm v premeru široka, 150 cm dolga gumijasta cevka, ki ima na svojem koncu glavico iz težke kovine, običajno iz svinca. Glavica zonde je imela prvotno obliko olive, ima pa po Kalku danes obliko krogle, ki ima na svojem vrhu večjo, na obodu pa manjše luknjice, skozi katere prihaja duodenalni sok v zondo. Krogljasta oblika zonde po Kalku je za vpeljavo neprimerno boljša od olivnate, ker daje peristaltiki možnost boljšega oprijema.

Spretnost vpeljave zahteva od začetka nekaj vaje, pozneje pa ni težja od vpeljave želodčne zonde. Časovno seveda je bolj zamudna, saj traja skoraj vsaka preiskava duodenalnega soka skoraj eno uro. Vpeljava se naj vrši na tešče, po navadi zjutraj. Bolnik sedé požira

zondo do znamke I., ki je 45 cm oddaljena od zobov, potem vstane in hodi okoli, med tem pa požira počasi zondo do znamke II., ki je 60 cm oddaljena od zobov. V tem času opravlja delo vodenja duodenalne zonde želodčna motiliteta sama; radi nevarnosti, da se zonda v želodcu obrne, je treba, da bolnik počasi požira zondo do znamke III., ki je 70 cm oddaljena od zobov. Glavica zonde prispe na ta način ravno v bližino papile Vateri, torej na mesto, kjer se izlivajo sokovi dveh, za prebavo velepomembnih organov, to je jeter in trebušne žleze slinavke. V tej legi odteka duodenalni sok skozi zondo sam od sebe; ako se to ne zgodi, rahlo nasesamo z brizgalko in se s tem pričamo, če je zonda res v duodenu.

Pri vpeljavi se nam lahko pripeti, da zonda ne pride v duodenum, in to v glavnem iz treh vzrokov:

I. Zonda vsled kardiospazma ostane v požiralniku.

II. Zonda vsled hyperaciditas ali pilorospazma ostane v želodcu in se pri tem obrne proti kardiji.

III. Zonda je prešla pylorus in je na pravem mestu, samo luknjice v glavici so zamašene.

Da spoznamo stanje zonde v digestivnem traktu, ni absolutno potrebna rentgenološka preiskava. Ugotovimo ga lahko tudi drugače.

Zonda, ki se je ustavila v požiralniku, se kaj kmalu obrne in se med strašnim davljenjem bolnika pojavi v ustni duplini. V slučaju, da se zonda zavije v želodcu, dobimo želodčni sok; lahko pa dobimo pri nasesavanju sok, ki je vsled regurgitacije iz duodena povsem sličen duodenalnemu soku, kljub temu pa izvira iz želodca. Da se tej prevari izognemo, napravimo še dva poizkusa. Bolniku vbrizgamo skozi zondo določeno količino zraka ali vode. Dobimo jo pri zopetnem nasesanju neizpremenjeno nazaj, če je zonda v želodcu; nasprotno pa, če je v duodenu, kjer se voda ali zrak takoj odteka v črevesje.

Vsled premočnih refleksov v žrelu kakemu bolniku ni možno požirati zonde, pasivno pa mu tudi vsled premehke zonde ne moremo pomagati. V takem slučaju si pomagamo s tem, da bolniku damo piti mlačno vodo, ker med pitjem lažje požira zondo. Namakanje zonde v topli vodi pred uporabo je zelo priporočljivo.

Duodenalni sok tvori mešanico sokov, ki imajo svoj izvor v žlezah ustne dupline, želodca, duodena, trebušne žleze slinavke in jeter. Jasno je, da ta mešanica sokov ni vedno enakomerna ampak, da prevalira sedaj ta, sedaj oni sok. V vseh gornjih sokovih imamo kot najvažnejše sestavine sokov tako zvane fermente za prebavo svoje hrane.

V svrhu poznejšega diagnostičnega izvajanja jih na kratko omenim:

I. Slina: glavni ferment je ptyalin, ki spreminja polisaharide ogljikovih hidratov v disaharide.

II. Želodčni sok: glavni zastopnik je pepsin. Pepsin nastaja v kontaktu z mineralno solno kislino iz svojega cimogena, ki se secernira iz žlez; povzroča pa pepsin pri kisli reakciji pretvorbo vseh beljakovin v topeče se peptone. Važno je dejstvo, da drugi fermenti črevesja, v prvi vrsti tripsin, lahko prevzamejo omenjeno funkcijo pepsina, kolageno vezivno tkivo pa prebavlja edinole pepsin. Za druge fermente je sporno, da-li res nastajajo v želodcu: so to siriščni ferment

za pretvarjanje mleka v kazein, ki se potem prebavlja potom pepsina, in pa lipaza za razstavljanje masti v enostavnejše spojine.

III. Sok trebušne žleze slinavke: glavni zastopnik za prebavo beljakovin vobče je trypsin, ki beljakovine razstavlja preko peptonov popolnoma do aminovih kislin, ki so v vodi topljive (glykokol, alanin, leucin, asparaginska kislina itd.). Tudi ogljikove hidrate popolnoma prebavljata fermenta: pancreasptyalin in pancreasdiastaza.

Že po žolču emulgirane masti pa prebavlja tretji ferment trebušne slinavke v glicerin in maščobne kisline (palmitin-, stearin-, oljna kislina). Za prebavo mleka najdemo v soku trebušne slinavke zopet sirišni ferment.

IV. Žolč, ki je sekret jeternih stanic. Ločimo dvojce vrst žolča:

a) žolč, ki prihaja neposredno iz jeter;

b) žolč, ki prihaja iz žolčnega mehurja.

Žolč vsebuje v glavnem žolčne kisline (glikokol in taurokol kislina) in žolčna barvila (bilirubin in biliverdin). Glavna lastnost žolča je emulgacija masti, vrhu tega pa so žolčne kisline nekak dializator za maščobne kisline, ki se spreminjajo potem v takozvana mila (Fettseifen), ki so v vodi topljiva.

Oba sokova že ločimo s prostim očesom po barvi. Žolč jeter je zlatorumena oljnata tekočina, žolč mehurja pa je gosta, zelenočrnkasta oljnata tekočina. Kvalitativno ju spoznamo po nasičenosti z bilirubinom. Žolč jeter ima prilično 100 do 150 mg % bilirubina, žolč mehurja pa 150 krat večjo nasičenost, t. j. 1500 do 2000 mg %.

V teorijo, kako nastane ta razlika, se ne morem spuščati. Danes vsaj prevallira mnenje, da se žolčni mehur polni in izpraznjuje potom doctus cysticus in da je nekak rezervoar.

V svrhu pridobivanja večje količine predvsem žolča in soka trebušne žleze slinavke, imamo danes na razpolago več metod, ki bazirajo na tako zvanih duodenalnih refleksih:

1. Žolčni refleks: ako vlivam v duodenum ali 50% raztopino magnezijevega sulfata ali Witte peptona ali olja, če injiciram bolniku pod kožo kak hipofizarni ekstrakt (Hypophysin Hoechst, Pituitrin Heisler itd.) pride v 20 minutah do skrčenja žolčnega mehurja, ki se izraža v tem, da priteče iz duodenalne zonde žolč mehurja.

2. Refleks trebušne slinavke: z instilacijo običajnega etra v duodenum pride do pomnožene sekrecije trebušne žleze slinavke.

Kaj nam nudi praktično metoda z duodenalno zondo?

Duodenalno zondo lahko uporabljamo:

1. v diagnostične svrhe,

2. v terapevtske svrhe.

Ločitev obolenj duodena nam zamore podati edino le preiskava duodenalnega soka. Močna primes sluzi, moten duodenalni sok, poleg dispeptičnih težav nas opozori na akutno ali kronično vnetje duodena. Pri ulcus oziroma pri redkem carcinoma duodeni nasesamo večkrat kri, včasih zopet najdemo v sedimentu krvna telesca: to so znaki, ki nam absolutno potrde našo klinično diagnozo. Pri negativnem kliničnem izvidu nas pa tudi prisotnost krvi ne sme motiti, kajti vsled sesanja pride lahko pri zdravi sluznici do arozije in poznejše krvavitve.

Še bolj se uveljavlja preiskava z duodenalno zondo pri različnih obolenjih jeternega sestava. Pa tudi tukaj, vsaj za danes, ostane



preiskava z duodonalno zondo samo metoda, ki potrdi ali samo pomaga sicer že postavljeni klinični diagnozi. Kdo ne pozna diagnostičnih težav pri ločitvi različnih vrst iktera? Če že ločimo mehanski ikterus od dinamičnega, nam vzrok mehanske zavore neštokrat dela preglavico. Posebno pa nas zanima pri cholelithiasis mesto, kamor se je zaril žolčni kamen, oziroma vprašanje, ali se ni pridružilo kamnu tudi vnetje žolčnega mehurja oziroma jeternih vodov (Cholangitis). Omenim samo nekaj momentov za diferenciacijo. Pri icterus catarrhalis je izcejanje žolča malenkostno. Duodenalni sok kakor žolč sta po navadi motna vsled sluzne primesi. Žolčni refleksi je pozitiven, to se pravi, po vlišanju 400 ccm 25% magnezijeve raztopine ali olja, ali po injekciji kakega hipofizarnega preparata, dobimo krčenje žolčnega mehurja in s tem temán žolč v duodenu.

Cholecystitis acuta et chronica: jeterni žolč je rumen, izcejanje je normalno, žolčni refleks je sicer pozitiven, vendar je žolč mehurja gost in zelene barve, pri sedimentaciji dobimo navadno mnogo levkocitov.

Cholelithiasis: v času, ko nima bolnik napadov, tudi ne najdemo nobene motnje v izcejanju ali v kakovosti žolča, v sedimentu se pa pojavljajo na gosto lamele kristalov holestearina in kalcijevega bilirubina. Žolčni refleks je pozitiven, krčenju žolčnega mehurja sledi včasih napad. Pri zadelanju d. choledochus v duodonalnem soku ni primesi žolča (stanje zonde je treba v tem slučaju rentgenoskopsko kontrolirati). Žolčni refleks ostane negativen, oziroma povzroči napad. Ako kamen zapre žolču pot iz mehurja, dobimo negativni žolčni refleks, iz duodonalne zonde se pa izceja neovirano rumen žolč iz jeter. V slučaju okluzije papile Vateri pa ne dobimo ne žolča ne soka trebušne žleze slinavke.

Vsa ta izvajanja za žolčne kamne veljajo ceteris paribus tudi za druge okluzije oziroma zunanje ovire in strangulacije žolčnih vodov.

Posebno važno in sporno je danes vprašanje operativnega posega pri žolčnih kamnih. Absolutne indikacije so danes sprejele vse bolnice in klinike, so to: perforacija, empyema, gnojna flegmonozna vnetja žolčnega mehurja, težka septična vnetja žolčnih vodov in eventualni sum na maligno degeneracijo žolčnega mehurja. Relativna indikacija je pa danes podana le po volji posameznega kirurga. Vneti kirurgi (Enderlen, Holz, Haberer itd.) zavzemajo stališče čimprejšnje operacije (tako po prvem napadu) in upajo s to namero doseči manjšo mortaliteto. Internisti in zmerni kirurgi, ki obsojajo operacijo brez indikacije, pa navajajo sledeča dejstva:

1. operacija ni nenevarna, kajti statistika mortalitete še vedno niha med 9 in 15 odstotki.

2. Večina bolnikov z žolčnimi kamni ozdravi tudi brez operacije.

3. Recidive po operaciji so zelo velike (Holz 20%, Sleden 20%, Lieck 52%, Flökchen 24—42%).

Umber pa celo trdi, da dobiva do 44% operiranih zopet ponovno napade.

Iz te dileme nasprotujočih si mnenj si lahko pomagamo po Kolku najlažje s tem, da stavimo relativno indikacijo le tedaj, ako smo dognali na bolniku, da se je žolčni mehur že sam izločil radi svoje atrofije vsled neprestanega vnetja iz svoje funkcije, in da so

prejšnjo njegovo funkcijo že prevzeli žolčni vodi. Statistično Kalk namreč dokazuje, da nastopajo recidive večinoma po cholecystectomy le pri bolnikih, ki jim je bil odvzet še zdrav mehur. Spoznamo pa funkcijsko moč mehurja na eni strani z duodenalno zondo po žolčnem refleksu na drugi strani še bolj sigurno, če omenjeno metodo vežemo s holecistografijo.

Pri bolniku, kojega mehur je postal vsled kroničnega vnetja atrofičen, je žolčni refleks negativen. Tudi ni vidna kontrakcija mehurja potom holecistografije.

V tem smislu nam daje duodenalna zonda možnost nadziranja pravilne indikacije za operacijo žolčnega mehurja.

Kot obolenja jeternega sestava, tako nam je možno razlikovati na podlagi metode z duodenalno zondo tudi obolenja nam klinično najmanj pristopnega organa, to je trebušne žleze slinavke. Določitev pankreatičnega izvora mnogih diarej nam je dana. Za enkrat nimam še izkustva v tem, ker potrebujem za določitev fermentov trebušne slinavke večji laboratorij, kojega ustanovitev pa je ostal pastorek proračuna bolnice.

Lepe uspehe diagnostike z duodenalno zondo pa še nadkriljuje njena terapevtska moč. V prvi vrsti omenjam prehranitev bolnih z duodenalno zondo, ki ima po Einhornu odličen praktičen uspeh. Prehranitev bolnika se lahko prepusti strežniškemu osebju, posebno, če imamo za to pripravo. Priprava je iz lesene plošče, ki sloni na posodi s hrano; na tej leseni plošči je pritrjena trosmerni cevka (Dreiwegehahn), koje dve cevi so vedno odprte, medtem ko je tretja cevka zaprta. Hrano nasesamo najprej iz posode v brizgalko, nato zapremo vijak in pot v duodenum je za hrano odprta. Hranimo bolnike na dve uri s toplo mešanico iz mleka, jajc in sladkorja. Einhorn navaja sledeče indikacije za prehrano bolnika z duodenalno zondo:

1. Ulcus ventriculi, posebno po krvavitvi.
2. Razširjenje in ptoza želodca.
3. Emesis nervosa, hiperemesis gravidarum.
4. Anoreksija.
5. Pylorospasmus.

Pa ne samo hrano, tudi medikamente lahko vbrizgavamo v duodenum, posebno take, ki kvarijo želodčno sluznico. Tako sloni večji del neuspehov pri zdravljenju trakulje na dejstvu, da bolnik ne prenaša okusa ekstrakt. Filic. mar. in da zdravilo predčasno izbruha. Na pobudo Einhorna sem doslej pri osmih bolnikih, ki so imeli trakuljo, poizkusil vbrizgati emulzijo extr. filic. mar. neposredno v duodenum s pomočjo duodenalne zonde. Uspeh je bil zelo dober. Pri vseh je odšla trakulja z glavico na mnogo manjšo množino zdravila kot običajno. Bolniki se počutijo dobro in ne tožijo o slabostih v želodcu (Nausea). Uporabljal sem sledečo emulzijo: extr. filic. maris. aeth. 10,0, Infus. Sennae 5/100,0, Gum. arab. qu. s. ut. f. emulsio. Mešanica pa mora biti sveže pripravljena, ker se drugače hitro zgosti.

Izboljšanje in krajši čas poteka bolezni sem dosegel z instilacijo 25% raztopine magnezijevega sulfata z duodenalno zondo pri večini bolnih na icterus catarrhalis.

Aktivna interna terapija cholelithiasis po Kolku, ki skuša s kontrakcijo žolčnega mehurja na podlagi žolčnega refleksa aktivno iztisniti žolčne kamne naravnim potom v duodenum, je na

našem oddelku še v povojih in se o njej še ne morem izraziti. Da pride po diagnostični vpeljavi duodenalne zonde in po končanem iztisnjenju žolčnega mehurja večkrat do kritičnega padea vročine, sem mnogokrat opazoval. Pri takih bolnikih je tudi kmalu izginil ikterus, kar nam dokazuje, da se je vsaj kamen, ki je obturiral in povzročil vnetje žolčnih vodov, premaknil, če že ne odstranil. Dodam potek bolezni pri dveh bolnicah.

Bolnica Z. M. iz Brežic.

**A n a m n e z a :** rodbinska bp. Otroške bolezni: ošpice, angina, oslovski kašelj, sicer vedno zdrava. 11. X. 1929 normalen porod. Po porodu zaprta na blatu. 14. XI. ob 4. zjutraj napad žolčnih kamnov, bruhanje, bolečine na desni strani, napad preneha ob 4. popoldne, šele po injekciji morfija. Vročina ves dan 39°—40°. 15. XI. premeščena iz ženske bolnice na naš oddelek.

**Status praesens.** Srednje majhne postave, primerno rejena, koža bleda, rahel subicterus na uvuli in konjunktivi. Jezik obložen, nebnci veliki, trebuh nekoliko napet, jetra segajo za prst čez rebri lok, rob ni tipljiv v mamilarni črti, v desnem podrebrju kot hruška velik cistični tumor, ki je pri dihanju gibljiv, boleč na pritisk. Organski izvid sicer negativen. Vročina 39.1°, bilo 90. Diagnoza: Cholelithiasis et cholecystitis.

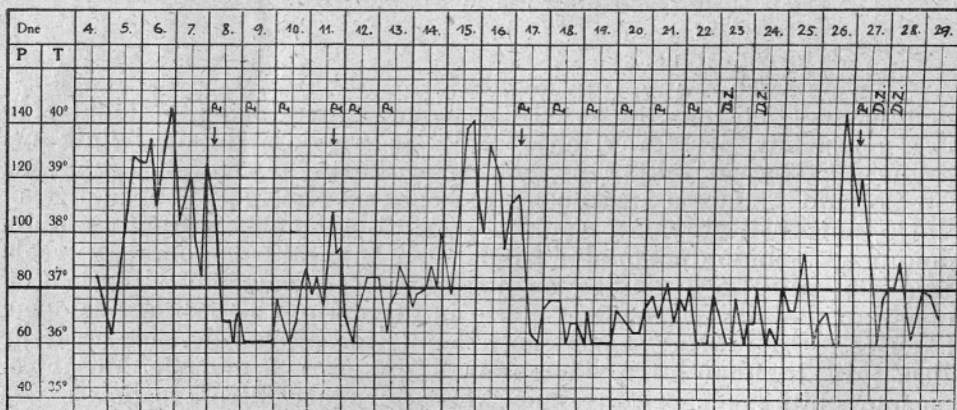
16. XI. traja napad ves dan, temperatura 39°—40.1°, bolnica bruha.

17. XI. Stanje isto.

18. XI. Zjutraj temperatura 36.9°. Občutljivost v desnem podrebrju, žolčni mehur tipljiv. Vpeljava duodenalne zonde. Žolčni poskus pozitiven (400 ccm 25% raztopine magnezijevega sulfata). Po poskusu napad, ki odneha čez eno uro.

19. XI. Bolnica afebrilna, brez bolečin.

23. XI. Vpeljava duodenalne zonde, žolčni poizkus kot preje pozitiven. Tumor žolčnega mehurja izginil. Občutljivosti ni več. Bolnica zapusti zdrava bolnico.



Temperaturna tabela za slučaj M. M. P pituitrin, D. Z. duodenalna zonda.

Bolnica M. M. iz Rakeka.

**A n a m n e z a.** Rodbinsko bp. Kot otrok ošpice. Od l. 1926. napade žolčnih kamnov v presledkih. Prvič sprejeta 28. IX. 1929 pod



diagnozo: Cholelithiasis, graviditas m. X. Ponoči napad, tri ure nato porod, ob 4. zjutraj premeščena v žensko bolnico. Od takrat stalne napade z vročino v presledkih, posebno hude zadnjih 14 dni. Mnogo bruha in vročina je stalna.

4. XI. Ponovno sprejeta na naš oddelek.

Status praesens. Srednje velike rasti, primerno razvita, icterus, jetra presegajo za dva prsta rebrni lok, v desnem podrebrju v mamilarni črti podolgovat cistični tumor, ki se pregiba pri dihanju, občutljiv na pritisk. Organski izvid sicer negativen. V seči žolčna barvila. Aholično blato. Temperatura 39,4°, bilo 84.

Do 7. XI. 1929 stalna kontinua temperature 39,4° do 40°. Ta dan vpeljava duodenalne zonde, žolčni poskus (pituitrin) negativen. Napad žolčnih kamnov.

8. XI. Kritični padec temperature. Do 10. XI. vsak dan 1 ccm pituitrina. Barvano blato. Icterus pojema.

11. XI. Bolnica ne dobi pituitrina, popoldne napad, temperatura 39,6°. Ob 18. uri 1 ccm pituitrina, ki ga dobiva od sedaj naprej stalno do 15. XI. 1929. Temperatura normalna.

15. XI. Prekinjenje pituitrina, temperatura popoldne narašča in traja do 17. XI. Od takrat dobiva bolnica do 22. XI. stalno 1 ccm pituitrina, in je afebrilna.

Znatno izboljšanje subjektivnih težav in objektivnega stanja v obeh primerih dokazuje pravilnost naših izvajanj.

Tudi v higijenskem oziru pri tifoznih obolenjih nam nudi za ugotovitev kliconoscev duodenalna zonda močno orožje. Preiskava žolča pri kliconoscih je pri legarju vedno potrebna. Stepp in Garbat razlikujeta troje vrst kliconoscev:

- a) kliconosci, pri katerih se nahajajo klice legarja v črevesju;
- b) kliconosce, ki imajo svoja ognjišča v jetrih;
- c) kliconosce, kojih žolčni mehur trajno vsebuje bacile.

Garbat je našel pri 15% okrevajočih po legarju klice še v žolču, medtem ko so bile preiskave na bacile v blatu negativne. Moje lastne preiskave v tem oziru ne morejo tega potrditi. Predlagana cholecystectomia v svrhu popolnega ozdravljenja kliconoscev, je po izvajanjih samo na mestu za kliconosce, kojih žolčni mehur je trajna shramba za bacile tifozne skupine.

V kratkem so to praktična izkustva o metodiki duodenalne zonde, ki sem si jih tekom dveh let kot samouk pridobil, one panoge medicine, ki je še v povoju in ki bo igrala pri jetrnih funkcijskih poizkusih sigurno še veliko ulogo. Do danes mi ni znano, da bi se še kdo drug pečal s to metodo, bodisi zasebno, bodisi v kakem zavodu na teritoriju dravske banovine, čeprav mora biti metoda vsaj mlajšim specialistom znana.

Upam, da bo to kratko poročilo doseglo svoj namen, da razširi medicinsko znanje praktičnega zdravnika in specialista drugih strok tudi na tem polju specijelne interne medicine, in da postane eventualna pobuda za lastne poizkuse.

# Smernice za sprejem bolnikov v zdravilišče na Golniku.

Šef-zdravnik dr. R. Neubauer.

Nedavno še je večina zdravilišč sprejemala samo slučaje „prvega“ štadija. Posledica: velik del bolnikov (do 60% cit. po Neumannu) sploh ni kazal znakov zdravljenja potrebnega tuberkuloznega procesa. Danes ne bo nihče zagovarjal takega postopanja.

Enako nesmiselno je, ako pride večina bolnikov v zdravilišče v štadiju bolezni, ko ni več upanja na ozdravljenje ali vsaj na bistveno izboljšanje stanja.

Ker je odstotek takih slučajev pri nas razmeroma jako velik, naj podam kratek pregled o indikacijah za sprejem v zdravilišče. Za sprejem so sposobni:

1.) Bolniki s tuberkulozo pljuč lažjih stadijev, ki se doma zdraviti ne morejo (splošna beda, slabo stanovanje, pomanjkanje zdravniške oskrbe);

2.) vse aktivne, odprte pljučne tuberkuloze začetnega štadija (phthisis fibrocavosa incipiens, „rani infiltrat“ po Redeckerju);

3.) vsi kritični štadiji tuberkuloze tudi z višjo temperaturo (popadi = „Schübe“ fibrokazeozne ftize itd.);

4.) težko bolni s pretežno enostransko tuberkulozo, pri katerih je indicirano operativno zdravljenje (Pneumothorax artef. itd.). Principijelno bi bilo želeli, da se vsako operativno zdravljenje tuberkuloze („kolapsna terapija“) začne pod ugodnimi pogoji, ki jih nudi zdravilišče;

5.) kronične fibrozne ftize v svrhu ojačenja splošne resistence, izvzemši bolnike z visoko vročino in težkim progredijentnim procesom (zdravljenje v etapah);

6.) izvenpljučna tuberkuloza, v kolikor ne potrebuje specijalnega ali ortopedičnega zdravljenja (velja začasno, dokler zavod ni popolnoma dograjen);

7.) Kontraindicirani niso: tbc. laryngis, lažji diabetes in nagnjenje do krvavitav ter začetna graviditeta do 5. mes.

8.) Pleuritis tbc. in peritonitis tbc.

Nesposobni za sprejem v zdravilišče so:

(kontra-indikacije)

1.) težka desperatna ftiza (gallopans), težka obojestranska progredijentna, kavernoza ftiza, pneumonia caseosa, tbc. miliaris;

2.) težka destruktivna tbc. grla z disfagijo, težki destruktivni procesi kosti in členov s fistulami, radi katerih je bolnik stalno navezan na posteljo, tbc. renum, meningitis tbc., destruktivna manifestna tuberkuloza čreves;

3.) vse akutne infekcijske bolezni.

4.) floridna lues in gonorrhoea (lues III. latens ni kontra-indikacija), tabes in paralysis progressiva;

5.) težka srčna napaka z ascitesom in edemi; diabetes malignus, maligni tumori;

6.) težka histerija in neurasthenia;

7.) težka ovira za uspešno zdravljenje je tudi popolno pomanjkanje zobovja. Priporočljivo je, da se zobovje sploh pred zdravljenjem temeljito popravi.

Te indikacije morejo biti samo smernice, nikakor pa ne shematična pravila. Bolj kot za druge bolezni velja za tuberkulozo, da je vsak casus nov problem, ki ga je treba z vso energijo rešiti.

V splošnem lahko velja: V zdravilišče samo resnično potrebne, te pa pravočasno in za zadostno dobo.

## Kritične opazke h Gersonovi metodi.

Dr. France Debevec.

Malokje so pretiravanja — odobravajoča ali odklanjajoča — tako v modi, kakor ravno v medicini. Dvoje je temu dejstvu bistvenih vzrokov. Na eni strani učinkovitost bolezni pri bolniku, na drugi strani pa zdravniku prirojena ter bolj ali manj negovana želja po samostojnosti v mislih in dejanju, po slavi in zaslužnosti.

Bolezen lahko meče človeka z vso njegovo duševnostjo sem in tja kakor vihar ladjico po razburkanem morju. Duh samozavesti klone, veselje gineva, bolečina in žalost prešinjata dušo in telo.

Kdo med nami pa bi mogel reči, da je skozi in skozi objektivni in da mu je vseeno, kaj ljudje poreko k njegovemu delu in uspehu, vseeno, ali on sam ali pa nek drug, tuj človek znajde nekaj epohalnega, kar prinaša priznanja in uspehe?

Leto za letom, desetletje za desetletjem se obnavljajo iste slike in prizori: Novo, čudovito zdravilo. Časopisi udarijo na veliki boben, slivospeve čuješ od vseh strani; potem pa čakaš pet, deset, dvajset let in znaten del — če ne večina — slavotvornih uspehov je izginila pod plaščem preteklosti in pozabe. Ostala je navadno in kvečjemu — seveda tudi vredna in pomembna — „zlata“ sredina uspešne učinkovitosti. Kritična presoja in uporaba je obstrigla pavovo perje ter spoznala pravega ptiča: črnobelo srako.

Te poti praktične presoje in priznanja prave vrednosti in resnice o terapevtskih novitetah se vedno držimo in ne bo nam treba črtati svojih napačnih, pretiranih sodb in sklepov.

Tako smo prišli sedaj do prave teme: kritična presoja metode Gerson-Sauerbruch-Hermansdorfer.

Metoda sloni na načelu, da obilni chlorov ioni slabé telesne celice, a vsled slabše obrambe teh je razvoj bolezni pospešen. Zmanjšanje chlor-a (v natrijevem chloridu), pridelek in dovajanje gotovih pomožnih snovi (razne soli v obliki mineralogena, ribje olje) dopolnjujejo dietski material, v katerem poglavitno ne sme biti ali pa le v neznatni količini natrijevega klorida.

Gersonova metoda je predvsem teorija, ki jo mora strogo-kritična praksa preizkusiti, potrditi, zavreči, popolnoma ali pa delno.

Od kraja je bila ta metoda ozir. dieta uporabljavana zlasti pri slučajih kirurške tuberkuloze (Sauerbruch). V zadnjem času pa čujemo glasove (Gerson!), naj z neslano dieto zdravimo celo vrsto drugih bolezni, češ, neprimerna biološka situacija v organizmu je



bolezen omogočila ali pospešila, dobro in pravilno biološko stanje (malo chlorovih ionov!) bo bolezen zopet izločilo.

Glavni sodelavec (pri neslanem zdravljenju kirurške tbc), profesor Sauerbruch, se je temu prebrzemu posplošenju metode uprl. Nastal je zdravniški „znanstveni“ spor, ki še traja.

Pustimo ta konflikt vstran, odmislimo prizadete osebe, pogledjmo kritično zadevi v drob! Rabimo prisposodbo: Pred sabo imamo več enačb z več neznankami. Gre za to, da x-e, y-e in ostale neznanke realno poiščemo, jih potem v enačbe vstavimo; ostalo rešiti bo nato gotovo lahko delo. Vprašamo se: Koliko je neznank? Koliko enačb? Neznanke so: Nezdostno poznavanje intermediarne menjave snovi. Od trenutka dalje, ko hrana, razdrobljena v osnovne sestavine, dospe skozi črevesne stene v krvni in limfni obtok, ne vemo, kaj se dalje vrši. Le slutimo, domnevamo to in ono. Druga neznanka je nam nepoznani kemični obrat posameznih celic. Silno obsežen, raznovrsten je ta obrat; od njegove brezhibnosti zavisi zdravstveni barometer telesa. Vemo za ta barometer, opazujemo njegovo dviganje in padanje, podrobni vzrokov za njegovo gibanje pa ne poznamo.

Tretja neznanka: Ne poznamo načina udeležbe chlorovih ionov pri bioloških spremembah telesa, zlasti ne njihovih učinkov na posamezne celice.

Površno tudi poznamo učinkovanje ostalih pomožnih snovi Gersonove metode.

Ali je torej dandanes mogoče s kemično analizo razložiti in dokazati uspešnost neslane diete? Ne.

Ali poznamo mogoče kakšen drug dokaz za upravičenost te metode? Edino kritično opazovanje uporabé Gersonove metode pri bolnikih. To opazovanje mora trajati dolga leta, biti mora res natančno in strogo kritično. Nekaj izkustva bi mogli dotlej pripoznati prav za prav le pri tuberkulozi. Za ostale bolezni je deska izkustev še nepopisana ter bo trajalo vsaj 10 do 20 let, da bomo smeli zanesljivo govoriti o pomenu in uspešnosti neslane diete pri teh obolenjih.

Kako je s to metodo pri tuberkulozi? Za težja napredujoča pljučna obolenja nima posebnega pomena. Telo navadno še prej oslabi. Sem in tja bi se dala metoda poizkusiti pri stacionarnih, čeprav že znatnih procesih v pljuči, toda vselej le istočasno z ostalimi načini in pripomočki, kakor: klimatsko zdravljenje, tuberkulin itd. Nikdar pa ne smemo pri tem prevzeti obveze za dejanski uspeh lečenja.

Znatno več pomena ima metoda G. pri lažjih početnih, prognostično ugodnih obolenjih pljuč, v zvezi z ostalimi terapevtskimi načini. Toda v takšnih slučajih tudi brez neslane diete dosežemo ozdravljenje.

Najbolj priporočljiva je G. metoda pač pri kirurških tuberkulozah z intaktnimi, vsaj neaktivno bolnimi pljuči. Toda tudi pri teh slučajih naj se ne opušta brez nujnih zadržkov klimatsko zdravljenje in tuberkulin, resp. manjši, kirurški posegi (punkcije in slično). Nikdar ne imejmo neslane metode zdravljenja za kaj več kakor za en pripomoček, en terapevtski činitelj med vrsto ostalih.

Za ostale bolezni (izven tbc) pa si zapomnimo: Čakajmo 10 do 20 let praktičnih izkustev! Slutimo, da se bo končni rezultat uspešnosti glasil tako-le: v par slučajih bo efekt res učinkovit; v nekaterih drugih primerih bo efekt skromen. Večina ostalih poizkusov pa bo povsem negativna. Kakor pri loteriji: Par velikih dobitkov, nekaj malih, ostalo pa brez uspeha. — Preveč je „neznanak“.

Vprašamo se: Zakaj pri težjih pljučnih slučajih tuberkuloze „neslana“ metoda odpove? Odgovor je jasen. Težka bolezen je pretresla, tako rekoč postavila na glavo ves organizem. Celice, organi so v hudi gospodarski in socialni krizi ko ob vojski in blokadi. In naj potem pričakujemo, da bo malo manj kuhinjske soli to težko spanje odpravilo? Zato priporočam prav toplo: Težjim pljučnim jetikam ne predpisuj nobene strogo omejene diete, niti Gersonove niti kakšne druge; v takšnih slučajih bomo veseli, da bolnik v o b č e kaj jé; naravno, da pri tem ne bomo presoljevali. V želodcu težkega jetičnika je večinoma subaciditas (torej malo HCl, malo Chlor-a). Če hočemo, da bo pacient bolje prebavljaj, mu moramo zato dajati solne kisline, pepsina itd.

Slučaji prognostično ugodne lažje tbc, zlasti kirurške tbc, pa imajo radi hiperaciditeto; pri njih zato pričakujemo uspehov z neslano dieto.

Glede prehrane izrazitemu jetičniku si splošno zapomnimo to-le: Bolnik naj je vse, kar mu diši in kar lahko prebavi. Njegov želodec pač sam najbolje sestavlja lastni jedilni list.

Končam s konstatacijo, da v medicini ni vselej odločilno, koliko znaš, temveč, da z lastnim znanjem dobro operiraš; terapevtske novosti bomo zato pripoznali — deloma ali v celoti — šele potem, ko bodo njih pozitivno vrednost potrdile številne skušnje.

S kirurškega oddelka splošne bolnice v Ljubljani.

## Tuberkuloza Kümmelove kifoze.

(Primer iz sodnozdravniške prakse delavskega zavarovanja.)

Primarij dr. Fr. Dergane, predstojnik oddelka.

Dne 20. marca 1929 sem bil pozvan od sodišča delavskega zavarovanja v Ljubljani kot izvedenec, da oddam mnenje v pravdni stvari 56 letne vdove Marije S. zoper O s r e d n j i u r a d za zavarovanje delavcev v Zagrebu, ki je odklonil njeno zahtevo po vdovski renti. Njen mož, 54 letni Franc S., je namreč umrl 22. julija 1927 za tuberkulozo hrbtenice (spondylitis tuberculosa), povzročeno baje po nezgodi z dne 10. septembra 1925.

Odklonilni odlok O s r e d n j e g a u r a d a (broj R 21.047/12.447, 1927) slove:

Gozdni delavec Franc S. se je ponesrečil dne 10. septembra 1925 v obratu mestnega oskrbništva v Celju, in sicer tako, da je pri spravljanju lesa v dolino padel in si baje izpahnil hrbtenico. Vsled malih bolečin v hrbtu in na rebrih ni po nezgodi, kakor navaja sam, več vlačil hlodov, marveč opravljal lažja dela do 19. septembra 1925, ko se je prijavil bolnim. Zglasil se je med tem dne 12. sep-

tembra 1925 pri zdravniku in mu potožil o bolečinah v hrbtu, da mu pa o padcu ni ničesar omenil, ker ni domneval, da se mu je pri padcu kaj pomembnega pri-  
petilo. V domači oskrbi je bil od 19. septembra do 6. oktobra 1925, katerega dne  
je bil sprejet v bolnico. V bolnici so mu konstatirali, da ima peti sklep hrbtenice  
iz sklepa in da se je šele pri tej konstataciji domislil, da je to posledica njegovega  
padca z dne 10. septembra 1925.

Mož je po izstopu iz bolnice še nadalje bolehal in umrl 22. julija 1927.

Po mnenju zdravstvenega svetnika Osrednjega urada smrt Franceta S. ni v  
nobeni zvezi s prestano nezgodo. Ponesrečenec da je, kakor je sam izjavil o  
priliki zdravniške preiskave dne 11. julija 1926, že večkrat padel na isti, oziroma  
slični način, ne da bi zaradi tega болоval in prijavljal teh nezgod. Nadalje trdi,  
da je padel tako tudi dne 10. septembra 1925. V bolnico je bil sprejet dne 6. ok-  
tobra 1925, kjer je navedel, da ga je začelo pred dvema mesecema, torej ob me-  
seca avgusta zbadati na desni strani v prsnem košu in med pleči. To je bilo tedaj  
že en mesec pred navedeno nezgodo. Od tega časa dalje se lahko smatra, da je  
pacient začel čutiti težave kot izraz razvijanja tuberkuloznega procesa v prsnem  
(torakalnem) vretencu, t. j. vretenec je bil že popolnoma deformiran zaradi  
tuberkuloznega procesa v njem, kar pa je vsekakor potrebovalo dalj časa, ko je  
poteklo od dneva nezgode, t. j. 10. septembra 1925, tako da je proces že mnogo  
časa pred poškodbo obstajal. Kot posledica caries se je razvila lahka kompresija  
medullae spinalis. Proces se je z zdravljenjem nekoliko poboljšal, nikoli pa po-  
polnoma izlečil in od istega obolenja je imenovani tudi umrl.

Vsled navedenega se odškodninski zahtevek vdove v zmislu § 26. cit. za-  
kona odklanja.

Obširnemu sodnemu aktu sem našel priložene sledeče originalne  
dokumente:

1. Prepis bolniškega lista celjske bolnice (št. zap. 1978, 1927) z  
diagnozo *Caries vertebrae thorac. V.* in naslednjimi podatki:

Pacijent se je zdravil najprej od 6. oktobra do 6. novembra 1925 v tukajšnji  
bolnici. Diagnoza je bila ista kot sedaj, drugič od 24. junija do 11. julija 1927.

Anamneza 6. oktobra 1925: pred 3 leti dizenterija, pred 2 mesecema ga je  
pričelo zbadati na desni strani v prsnem košu in med pleči. Zadnji čas nekoliko  
shujšal, ima pa redno apetit. Potus et venerea negantur.

Status praesens: srednje velik, dobro rejen, vidne sluznice anemične,  
jezik lahko obložen.

Pulmo: nad levim vrškom skrajšan poklep in oslABLJENO dihanje, nad desnim  
lahka zamolklina.

Cor: b. p.

Abdomen pod nivojem thoraxa, na pritisk posebno občutljiv na desni strani  
pod desnim rebrenim lokom. Ako leži pacient na levi strani, ima hujše bolečine,  
ko če leži na desni strani. V zadnjem slučaju prenehajo mnogokrat bolečine.

Diagnoza: *Caries vertebrae thorac. V.*, od tu izhajajoči interkostalni živci  
so nevralgični.

6. novembra 1925 odšel v ljubljansko bolnico.

2. Naznanilo o nezgodi z dne 14. novembra 1925, v katerem je  
g. primarij dr. Fr. Minar lastnoročno napisal diagnozo „Spondylitis  
traumatica“ in napravil bolniku mavčev steznik.

3. Zdravniško poročilo OUZD v Ljubljani z dne 11. julija 1926,  
v katerem poroča zdravnik dr. D. H., da je sam 19. novembra 1925  
ugotovil pri bolniku „Neuralgia intercostalis“ in 11. julija 1927 gib-  
bus V. torakalnega vretenca. Predlaga 25% rento.



Na zadnji strani se glasi predlog uradovega zdravnika dr. O. K. dne 22. julija 1926: 100% od 19. novembra 1925 do 28. maja 1926, ker se je tu še lečil; nato 50% od 29. maja do 28. septembra 1926, potem 30% od 29. septembra do 28. maja 1927, potem nova preiskava. — Vsled padca vznak si je poškodoval prsni vretenec, v katerem je nastalo vnetje, najbrže tuberkulozne narave, mož nosi steznik, brez katerega se težko drži pokonci, s katerim pa je gibljivost hrbtenjače zmanjšana; pripogibi pri delu skoraj nemogoči. Mož je 55 let star, drvar.

4. Zdravniško poročilo OUZD v Ljubljani z dne 5. januarja 1927, v katerem poroča uradov zdravnik dr. O. Kr., da prominira na hrbtenici peti vretenec tako, da se njegov trnek v velikosti jaca vidi in tipa. Pri gibanju ne zgine odebelina in ostane tudi v izravnanim stanju telesa. Radi obolenja vretenca hrbtenice mora nositi steznik. Predlaga 50% rento do 28. dec. 1927, potem novo preiskavo.

5. Zapisnik o vzprejemu dokaza pred zaprosenim sodnikom, sestavljen pred okrajnim sodiščem v C. dne 4. februarja 1929. Zapriseženi zdravnik dr. Fr. P. je izjavil (izvleček):

O postanku in razvoju bolezni se jaz ne morem izjaviti, ker nisem zdravil S. Vem pa, da je umrl imenovani vsled jetike na pljučih. Po mojem mnenju ni bila smrt S. v neposredni zvezi, oziroma vzročni zvezi z nezgodo z dne 10. septembra 1925. S. je imel gibbus.

Drugi zapriseženi zdravnik dr. D. H. je izjavil (izvleček):

Pri meni se je zdravil prilično en mesec, nato je šel na medicinski oddelek celjske javne bolnice, kjer sem se jaz pri ordinujočem zdravniku informiral večkrat o stanju njegove bolezni, vendar tudi iz teh pogovorov nisem še nikdar povzel, da bi vzrok bolezni mogla biti nezgoda. Iz celjske bolnice je odšel S. na ortopedični zavod v Ljubljani in po odhodu iz tega zavoda se je javil spet pri meni, oziroma tudi pri dr. P. ter začel navajati kot vzrok padec in udarec na hrbet. Priznavam, da je morda padec bil indirektn, posreden vzrok njegovega obolenja na ta način, da se je njegovo tuberkulozno obolenje v hrbtenici razvilo na mestu, na katero je padel, vendar si ne morem razlagati dejstva, da poškodovanec toliko časa ni navedel nobenemu zdravniku padca na hrbet.

Na osnovi teh originalnih zdravniških dokumentov sem oddal kot izvedenec 20. marca 1929 sledeče strokovnjaško mnenje:

Dne 22. julija 1927 umrli, 54 letni Franc S. se je ponesrečil dne 10. septembra 1925 na ta način, da je pri spravljanju lesa v dolino padel na hrbet. Ker je že prej večkrat tako padel in so bolečine same od sebe pojenjale čez par dni, se tudi sedaj ni zmenil za padec in je kljub bolečinam v hrbtu dalje opravljal svoje delo. Ker pa so bolečine to pot postajale vedno hujše, se je odpravil 12. septembra 1925 k zdravniku dr. P. in dne 19. septembra 1925 k zdravniku dr. D. H., ki je ugotovil „Neuralgia intercostalis“ brez vsake deformacije na hrbtenici. Ista diagnoza je bila stavljena v celjski bolnici, kjer je ležal bolnik od 6. oktobra do 6. novembra 1925 z etiološko orijentirano diagnozo „Caries vertebrae thor. V.“, a brez vsake deformacije. Šele 12. novembra 1925. je ugotovil v Ljubljani g. primarij dr. Fr. Minař „Spondylitis traumatica“, torej gibbus (kifozo) na podlagi poškodbe, ter mu napravil mavčev steznik. Dne 22. julija 1926 je ugotovil uradni zdravnik g. dr. O t m a r K r a j e c isto bolezen s pristavkom, da se je na poškodovanem mestu sekundarno razvilo tuberkulozno obolenje.

Dne 8. januarja 1927 je isti zdravnik potrdil prejšnjo diagnozo in prisodil bolniku 50% rento do 28. decembra 1927, ta pa je umrl že 22. julija 1927 za tuberkulozo.

Mnenje: S. je bolehal za kronično tuberkulozo pljuč, kar dokazuje zbadanje na desni strani prsnega koša in med pleči že v avgustu 1925 in izvid celjske bolnice dne 6. oktobra 1925, ki navaja nad levim pljučnim vrškom skrajšan poklep in oslABLJENO dihanje, nad desnim lahko zamolklino.

S padcem dne 10. septembra 1925 si je poškodoval hrbtenico na 5. hrbtnem vretencu (fractura brez dislokacije). Ako taki bolniki par tednov mirno ležijo, ozdravi poškodba brez posledic. Ako pa hodijo in delajo, se razvije na mestu poškodbe vsled pritiska in gibanja deformacija, znana v kirurgiji z imenom „K ü m m e l o v a k i f o z a“ (spondylitis traumatica), kar se je zgodilo čez par mesecev tudi pri S. Šele pozneje se je pridružila poškodovanemu mestu tuberkulozna infekcija. Znanstveno izkustvo uči, da nastajajo pri tuberkuloznih bolnikih čisto tuberkulozne metastaze na poškodovanih kosteh in sklepih. Tako sekundarno tuberkulozno obolenje V. hrbteničnega vretenca je nastopilo tudi pri S.

Podana je torej sledeča vzročna zveza med poškodbo in smrtjo: poškodba z dne 10. septembra 1925 je bila tisti predisponujoči moment, ki je povzročil sekundarno tuberkulozno vnetje v travmatični kifozi s pritiskom na hrbtenični mozeg. Po poškodbi nastala kostna tuberkuloza hrbtenice je povzročila smrt 22. jul. 1927.

## **Večina tovarišev niti ne ve**

kako malenkosten je letni prispevek za člana **Pokojninskega zaklada za zdravniške vdove in sirote** in kako velike koristi imajo vdove oz sirote od tega zavarovanja. Bodi na kratko tukaj povedano:

**za letnih 250 Din**

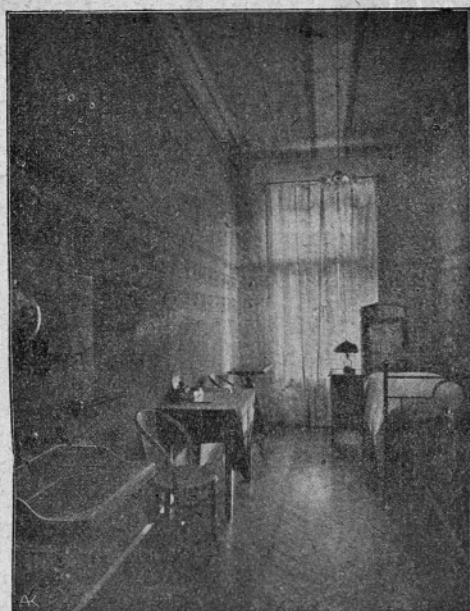
dobi vdova, ako ni član prekoračil 35. leta

**letno Din 6000.—.**

Starejši tovariši plačujejo za vsako leto 2% več.

**Nobena zavarovalnica ne nudi te ugodnosti!**

V epikrizi zanimivega primera motita samo dva pomisleka: 1. zakaj je bolnik šele čez dva meseca začel govoriti o padcu in nezgodi; 2. ali je povzročila smrt primarna tuberkuloza pljuč, ali sekundarna spondilita v travmatični kifozi? Prvi pomislek razrešuje poškodovančeva navedba, da je že prej večkrat enako padel, a brez posledic. V njegovi logiki se je torej utrdila asocijacija, da tak padec ne more povzročiti tako poznega, po njegovi neizkušeni in nepoučeni pameti brez neposredne vzročne zveze nastopajočega obolenja. Te nezgode se je spomnil šele v Ljubljani, ko ga je zdravnik vprašal, ali ni morda kdaj padel ali bil udarjen na hrbet? V njegovi tuberkulozi razlikujemo dvojno gnjišče, v pljučih in hrbtenici, obe sta ogražali, rušili in izpodkopavali njegovo zdravje. Nastane samo vprašanje, katero ognjišče je bilo nevarnejše, merodajnejše, odločilnejše za smrtni izid? Na vsak način tuberkulozna spondilita, ki je s pritiskom na živčne korenine povzročala neznosne bolečine in omejevala gibljivost njegovega telesa. Pri pljučni tuberkulozi odpada oboje in baš ta negativni izpad, ta patološki minus nudi večjo možnost ozdravljenja.



# **SANATORIJ EMONA**

za kirurškične bolezni

**Ljubljana,  
Komenskega ulica 4**

Dnevna oskrbnina I. razr.  
100 Din

Dnevna oskrbnina II. razr.  
80 Din

Šefzdravnik:

**PRIMARIJ  
DR. FR. DERGANČ**

# **KEMIKA D. D.**

za kemijsku i farma-  
ceutičku industriju

# **ZAGREB**

**Za zanesljivo lečenje z Digitalisom uporabljajte  
samo naš**

## **ADIGAN**

**Vsebuje vse delujoče glikozide Fol. Digitalisa  
v neizpremenjeni in absolutno učinkujoči obliki,  
prost vseh nečistih in nepotrebnih snovi.**

**ADIGAN je točno titriran in fiziološko preizku-  
šen ter ima znatne prednosti pred galenskimi in  
drugimi preparati Digitalisa.**

**Ne draži ne želodca, ne črevesa, ne vodi do  
kumulacije, niti po daljšem podavanju.**

**ADIGAN v raztopini za notranjo uporabo:  
1 ccm odgovarja 0,10 g Fol. Digitalis.**

**ADIGAN tablete: 1 tableta odgovarja 0,10 g  
Folia Digitalis.**

**ADIGAN inj. v ster. ampulah: 1 ccm odgovarja  
0,10 g Fol. Digitalis.**



# **CHINOFERRIN**

Vinum chinae ferratum  
cum et sine arseno

## **Pilulae CHINOFERRINI**

cum arseno (0.001 pro dosi).

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

Proizvaja: **Mr. Mirko Kleščić,** ljekarnik  
Samobor kraj Zagreba

## **„NOVURIT“ - Kaštel**

Organska spojina živega srebra. Intra-  
muskularne in intravenozne injekcije!

### **NAJBOLJŠI DIURETIKUM SEDANJOSTI!**

Ne povzroča bolečin. - Ni strupen. - Diureza obilna in trajna.

**Indikacije:** kardijalni edemi, Cirrhosis hepatis, Ascites vseh  
vrst, z edemom ali brez. Polyserositis, Lues v vsakem stadiju.

OPREMA: škatle po 5 in 10 ampul po 1, 1 in 2.2 ccm.

## **„DEMALGON“ - Kaštel**

novi energični analgetikum brez veronala in alkaloidov.

**Sigurno sredstvo proti:** zobobolu, glavobolu, revmatičnim bolečinam, bo-  
lečinam od ran in tabičnim bolečinam, nevralgiji  
in boleči menstruaciji.

**Zahtevajte vzorce in literaturo!**

**KAŠTEL** tvornica kemijsko farma-  
ceutskih proizvoda d. d. **Zagreb 3**

# Razvoj bolniškega in nezgodnega zavarovanja od l. 1889. do danes.

(Konec.)

Razvoj socialnega zavarovanja v naši kraljevini je prehitel razvoj drugih držav že samo z dejstvom, da je posamezne panoge zavarovanja medsebojno tesno povezal in eno panogo stavil v službo drugi — in pa radi tega z logično posledico, da je zavarovanje pri nas najcenejše, pri tem pa ne najslabše. Manjka še mnogo. Omenjam samo pomanjkanje bolnic, zlasti bolnice za težje, nezdravljive slučaje tuberkuloze, da se omogoči vsaj izolacija bolnikov. Vemo, da imajo delavci slabe plače in nehygienjska stanovanja. Dobra hrana in zdravo stanovanje pa sta morda najučinkovitejši zdravilni sredstvi. Zato so potrebne bolnice, sanatoriji za razne bolezni in okrevališča. Moderno zavarovanje mnogo nudi, ne nudi pa še zadosti. Posebno važnost polagam na okrevališča. Tuberkuloza je strašna bolezen, ki je med delavstvom najbolj doma. V tem pogledu bo treba storiti še mnogo, zlasti je ta potreba z industrijalizacijo vedno nujnejša. Pri tem je posebno pažnjo posvečati otrokom. Nemške zavarovalnice vzdržujejo v lastni režiji številne počitniške kolonije za otroke zavarovancev. Lečenje ob morju je za gotove bolezni absolutno indicirano. Danes imamo malo in skromno okrevališče „Jadran“ na Rabu s 35 posteljami. Uspehi so krasni.

Novo zavarovanje pozna obvezno družinsko zavarovanje, dočim so stari zakoni ureditev tega zavarovanja prepuščali statutom posameznih blagajn, ki pa se rešitve tega vprašanja radi pomanjkanja sredstev po večini niso lotile, dasi je bila maksimalna tarifa določena na 6<sup>2</sup>/<sub>100</sub>%. Današnje zavarovanje ima 6-procentno tarifo in znatno razširjeno družinsko zavarovanje.

Moderno zavarovanje polaga veliko važnost na poklicna obolenja ne samo v kurativnem in preventivnem pogledu, ampak tudi v pravem oziru. Ta pravna zaščita postoja v tem, da se gotova poklicna obolenja obravnavajo kot nezgode s pravico do stalne rente. Ta juridični značaj poklicnih obolenj je zlasti toliko časa važen, dokler ni uvedeno invalidno zavarovanje, pa tudi za ta slučaj je juridični značaj poklicnih obolenj važen, ker nezgodna renta je višja, kakor navadna invalidnina.

Nezgodno zavarovanje je izredno napredovalo predvsem v pogledu denarnih dajatev in tudi v pogledu zdravljenja, ki skuša z najmodernejšimi zdravstvenimi ustanovami vračati popolno delazmožnost ali vsaj omejiti delanezmožnost. S priznavanjem vsakovrstnih delovnih protez je beda ponesrečencev bolj omiljena.

Novo pridobitno življenje je kljub tehnični izpopolnitvi prineslo s seboj nove velike nevarnosti. Nezgod pri delu je čimdalje več. To pomeni veliko gospodarsko škodo in hude socialne posledice. Zato je razumljivo, da so akcije za preprečevanje nezgod vedno intenzivnejše. Postale so velevažen faktor v gospodarskem ekonomiziranem življenju in imajo velik pomen v socialnem skrbstvu. Tudi pri nas prehaja urad na to novo polje udejstvovanja, v kolikor mu moči, vpliv in sredstva dopuščajo. Žal se mu do danes ni posrečilo, da bi

za take akcije zainteresiral druge važne gospodarske in socialne ustanove.

Ako pregledujemo bilance starih bolniških blagajn in jih primerjamo s sedanjimi, vidimo, da so bile preje glavne dajatve denarne podpore, na stvarne dajatve se pa ni polagalo važnosti. Zanimiva je tudi ugotovitev, da stari računski zaključki ne poznajo rodniških dajatev, ki so sedaj v l. 1928. dosegle znesek 4.724.528 Din, neupoštevajoč izdatke za porode v bolnicah in izdatke za obvezilni in dezinfekcijski materijal. Če bi se starim bolniškim blagajnam pridružila samo ta postavka, bi bila finančna kriza na celi črti neizbežna. Omenjam še izdatke za sanatorije in kopališča, ki jih stare bilance tudi ne poznajo.

Vojna je razdejala tudi socialno zavarovanje. Kar je bilo denarja, je šlo v vojna posojila. Po prevratu so bile blagajne prazne. Odločno borbo proti vojnim posojilom je vodila okrajna bolniška blagajna v Ljubljani pod krepkim in inicijativnim vodstvom načelnika Mihe Rožanca, kateri je znal delavski denar varovati pred požrešnostjo avstrijskega vojnega moloha. Mislim, da je samo naša dolžnost, ako se gospodu Mihi Rožancu ob priliki 40letnice za njegovo riskantno, toda dobro delo v prid zavarovanju prav iskreno zahvalimo. Tako je bilo načelniku ljubljanske okrajne bolniške blagajne omogočeno, da je po vojni izvedel prve prepotrebne reorganizacijske ukrepe. Finančna kriza bolniških blagajen je narekovala strnitev blagajn v močnejšo skupino. Tako je pokrajinska uprava za Slovenijo, poverjeništvu za socialno skrb v decembru l. 1918. razpustila vse postoječe bolniške blagajne, izvzemši par obratnih blagajn in jih združila v eno enoto; v okrajno bolniško blagajno za Slovenijo v Ljubljani, kar se je praktično izvedlo l. 1919-20. S tem je izginila razcepljenost in mnogotvarnost bolniškega zavarovanja, namesto starega sistema razmetanosti in finančne slabosti so se ustvarile močne finančne edinice, ki naj bi zavarovanje izpopolnjevale in omogočile izvrševanje težkih nalog, katere je zahtevalo razdejano zdravje delovnih ljudi, ki so se iz strelskih jarkov vrnili v delavnice.

Središča nezgodnega zavarovanja za slovensko ozemlje so po prevratu ostala izven mej Slovenije: v Trstu, Gradcu in na Dunaju. Tako ni bilo organa, ki bi prevzel izvajanje nezgodnega zavarovanja za industrijsko-obrtniško delavstvo, za rudarsko delavstvo in prometno osebje. Zato je Pokrajinska vlada za Slovenijo z uredbo z dne 8. decembra 1918. ustanovila „Začasno delavsko zavarovanje zoper nezgode v Ljubljani“ in posle komisarja te nove socialne ustanove poverilo odvetniku dr. Jankotu Žirovniku, posle vodilnega uradnika pa direktorju dr. Antonu Sagadinu. Na to novo institucijo, ki je svoj delokrog raztezala tudi na Dalmacijo, je bilo prenešeno zavarovanje industrijsko obrtniškega delavstva, rudarjev in železničarjev. S tem je bil dosežen ideal koncentracije nezgodnega zavarovanja za vse stroke delavstva. Preje je bilo delavstvo proti nezgodam zavarovano pri treh različnih zavodih: pri pokrajinskih nezgodnih zavarovalnicah, pri poklicni železničarski nezgodni zavarovalnici na Dunaju in pri strokovni nezgodni zavarovalnici rudarjev na Dunaju. Toda že dne 30. septembra 1920. je bila ustanovljena „Začasna železničarska zavarovalnica zoper nezgode“, prvotno tudi pod komisarjem in ravnateljem Začasne delavske zavarovalnice zoper nezgode, gg. dr.



Žirovnikom in dr. Sagadinom. Leta 1920. sta se oba zavoda tudi v pogledu vodstva ločila in s tem postala dva samostojna zavoda z ločeno upravo. Ob tej priliki sta novo imenovana komisarja — dr. B. Žužek pri Začasni delavski nezgodni zavarovalnici in dr. M. Kuhelj pri Železničarski nezgodni zavarovalnici — dobila prideljen šestčlanski sosvet.

Pri koncentrirani okrajni bolniški blagajni je bilo staro načelstvo, ki je vodilo usodo bolniškega zavarovanja od l. 1915. dalje, dne 19. novembra 1921. razpuščeno in imenovan komisarjem g. Karl Cigoj, nadkomisar pri pokrajinski vladi in njemu dodeljen 12-članski sosvet.

Tako so se v prvih povojnih letih v panogi bolniškega in nezgodnega zavarovanja izkristalizirali trije nosilci zavarovanja:

1.) Okrajna bolniška blagajna za Slovenijo v Ljubljani z ekspoziturami po deželi pod vodstvom ravnatelja Ivana Kocmurja;

2.) Začasna delavska nezgodna zavarovalnica z ravnateljem dr. Antonom Sagadinom; in

3.) Začasna železničarska zavarovalnica zoper nezgode z ravnateljem dr. Avg. Arselinom.

Tako je ostalo do uveljavljenja sedanjega zakona o zavarovanju delavcev.

Nosilci bolniškega in nezgodnega zavarovanja v osvobojeni Sloveniji so prevzeli težke dolžnosti. Delo je bilo nad vse naporno. Zmagovati ga je mogla le udanost in ljubezen do stvari. Te lastnosti so dičile tako zastopnike delavcev in delodajalcev v sosvetih, kakor tudi vodilno in ostalo uradništvo. Socijalno zavarovanje jim je globoko hvaležno. Premagati so morali težave povojne nemorale, viharje inflacije in draginje, težave zaradi pomanjkljivosti v splošni upravi vsled pomanjkanja zakonov, ki bi zavarovanje hitro prilagodili izpremenjenim prilikam, boriti so se morali s težavami splošne desorganizacije; neprilike so jim delali neurejeni meddržavni odnošaji. Hvaležno pa moramo omenjati vodilne faktorje pri vseh zavarovalnicah, ki so do prevrata imele svoj delokrog tudi izven slovenskega ozemlja, ki so ljubeznivo nudili pomoč zlasti pri ustvarjanju našega domačega nezgodnega zavarovanja.

Beda zlasti nezgodnih rentnikov je bila velika, sredstev pa nikjer, njih rente do skrajnosti devalorizirane. Skromno odpomoč je prinesla ustanovitev Pokrajinskega pokojninskega sklada, ki je s posebno doklado na premog zbiral sredstva za skromno valoriziranje rent vsaj težjim poškodovancem, vdovam in sirotam.

Nova država je bila mednarodno priznana. Kot samostojna država je prevzela mednarodne obveznosti. Da zadosti tem obveznostim in lastni notranji potrebi, je bilo treba misliti na ureditev enotnega zavarovanja na vso državo. V posameznih delih države socijalno zavarovanje ali sploh še, ni bilo zakonito urejeno ali pa zakoni niso prišli do uveljavljenja. Zato je morala zakonodaja nove države zgodaj misliti na izdelavo enotnega zakona za vso državo.

Prvi ministri za socijalno politiko na to dolžnost niso pozabili. Med njimi se je uspešno uveljavil minister Gostinčar, pod katerim

je bil izdelan prvi osnutek novega zakona, ki je bil po raznih izpremembah podpisan dne 14. maja 1922. in je stopil v veljavo 1. julija 1922. Zakon je podpisal minister dr. Kukovec.

Zakon je s staro organizacijo socialnega zavarovanja temeljito prelomil: ustvaril je unificirano in centralizirano zavarovanje za vse stroke delavstva ter s tem odstranil ločene bolniške nezgodno-zavarovalne institucije ter jih združil v eno upravno enoto, odstranil pa je tudi ločene institucije po strokah. S tem je bil za celotno državno ozemlje ustvarjen en sam nosilec zavarovanja v obliki **Osrednjega urada za zavarovanje delavcev**, ki naj zavarovanje izvaja s posredovanjem okrožnih uradov za zavarovanje delavcev, prometnih blagajn in bratovskih skladnic. Te slednje institucije niso samostojni nosilci zavarovanja, pač pa le krajevni organi Osrednjega urada za zavarovanje delavcev.

Glavni organizacijski principi novega zakona, zlasti strnitev vseh panog zavarovanja v eno upravno enoto, so brez dvoma dobri in so naši priznanje tudi zunaj v svetu.

V smislu določb novega zakona je bila izvedena likvidacija Okrajne bolniške blagajne za Slovenijo v Ljubljani in obeh nezgodnih zavarovalnic ter na njih mesto upostavljen Okrožni urad za zavarovanje delavcev v Ljubljani z ravnateljstvom, imenovanim od ministrstva za socialno politiko. Prvi predsednik ravnateljstva je bil g. dr. Adolf Golia, ki je s požrtvovalnim sodelovanjem ostalih članov ravnateljstva premagal velike začetne organizacijske težkoče in ustvaril predpogoje za administrativno gladko izvajanje zakona. Pod prvim ravnateljstvom je bilo sklenjeno večje investicijsko posojilo od nezgodno-zavarovalne panoge, da se je ž njim zgradilo poslopje na Miklošičevi cesti v svrhu olajšanja poslovanja in v svrhu modernizacije zdravniške službe.

S tem je zavarovanje v Sloveniji stopilo na prag nove, lepše bodočnosti. Kot najvažnejša socialna in gospodarska ustanova si je Okrožni urad svojih dolžnosti tako napram članstvu, kakor napram našemu gospodarstvu v polni meri svest. Svojo zgodovinsko socialno-kulturno misijo bo izpolnil v srečo in blagor prebivalstva, ako bo v srečnem položaju, da bo našel polno razumevanje za svoje težko in delikatno nalogo tako pri posamezniku, kakor pri celoti, tako pri javnih uradih in oblastvih, kakor pri privatnih korporacijah. Vsa srca naj se strnejo okoli lepe stvari, ki ji je svrha: blažiti gorje v najtežjih dneh življenja onim, ki s svojim zdravjem kujejo bogastvo narodu. Udanost in ljubezen do stvari premagata vse ovire. Blagoslov uspehov naj urad spremlja v lepo bodočnost!

Mimo nas ne morejo bridki občutki zavesti, da zgradba socialnega zavarovanja še ni dovršena. Okoli nas hodijo starčki, vdove

in neogljeni otroci, prezgodaj onemogli delavci, ki nimajo, da bi se nasitili in oblačili. Težko delo v njihovem življenju jim ni dalo toliko, da bi mogli v starosti ali onemoglosti vsaj skromno živeti od zaslužkov: kakor madež na naši kulturi hodijo mimo nas. Ta madež mora izginiti. Vidimo, koliko je narodova vzajemnost do danes na vseh poljih prizadevanja ustvarila dobrega. Starostno in invalidno zavarovanje je dobro in potrebno. Kar je dobrega in potrebnega, mora narod, ki veruje v svojo bodočnost uresničiti. Samo pričeti je treba. Iz notranje zadovoljnosti nad uspehi sedanjega zavarovanja se mora vzbuditi živa potreba po uvedbi starostnega in invalidnega zavarovanja. Tako dolgo bo v nas vseh nemir in notranja nezadovoljnost, dokler ne bomo videli tudi starčkov, vdov in otrok delavcev preskrbljenih za človeka dostojno življenje.

Najlepša proslava 40-letnice socialno-zavarovalnih zakonov bo v sklepu: storimo vsak izmed nas vse, odločimo se tudi za največje žrtve, da lepo zgradbo naše socialno-gospodarske kulture izpopolnimo in okrasimo z močnim stebrom starostnega in invalidnega zavarovanja.

Mislim, da zadostimo le svojemu notranjemu čutu, ako danes živim in mrtvim delavcem na polju delavskega zavarovanja — najstarejši je bivši ljubljanski župan g. Peter Grasselli — tako v vrstah samouprave, kakor v vrstah uradništva hvaležno kličemo v svojem imenu in v imenu vseh, ki so bili in bodo dobrot socialnega zavarovanja deležni: Srčna Vam hvala, vi tihi delavci! V plačilo naj Vam bo zavest, da ste ustvarjali dobro za najbednejše, sebi v notranjo uteho, narodu v ponos!

---

## Navadna in kofeina prosta kava in nju glavni učinki.

Prav interesantni so rezultati prof. H. W. Meier-ja v Curihu, ko je preizkušal z vsemi kavtelami fiziološki učinek navadne in kofeina proste kave (HAG). Samo ob sebi umevno je, da se je poskusnim osebam dajal infuz enake količine kave. Navadna kava zviša v infuzu 50:300 krvni tlak za povprečno 10,3 cm H<sub>2</sub>O, povzroča pogosto naval krvi v glavo, neprijetne senzacije v srčni krajini ter tiščanje na vodo. Uspavalnim sredstvom (veronal, dial, kloralhidrat) jemlje navadna kava njih učinek, dočim nima kofeina prosta kava v vseh teh slučajih nikakih neprijetnih posledic.

Skupno z J. Mensch-om je preizkušal Maier tudi vpliv kave na duševno zmožnost, ki jo je presojal s pomočjo adicijskega poskusa v smislu Kraepelina. Psihična delovnost se je zvišala po zavživanju tako navadne kot kofeina proste kave, optimum dela se je dosegel pri nekaterih poskusnih osebah z navadno (Santos) kavo, pri drugih s kofeina prosto. Ker je pač težko pripisati tak učinek prijetno gorki pijači kot taki, zaključita avtorja, da vsebujeta obe vrsti kave neke posebne snovi istega učinka in so to najbrže pri praženju nastali aromatični produkti, snovi tako zvane kafeonske skupine. Potemta-



kem je treba poudarjati, da ni ona kofeina prosta kava pijača brez vsakega fiziološkega učinka, temveč nam nadomešča zlasti pri bolnikih navadno kavo, ne da bi pri tem vzbujala onih neprijetnih in nezaželenih senzacij, ki jih pripisujemo kofeinu.

(Po H. W. Maier, Untersuchungen über die Wirkungen des Koffeins und des Kaffees auf den Menschen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Bd. IX., H. 2 in Bd. X. H. 1 und Folge.)

R.

## REFERATI

Zarnik B.: O značenju pretrage krvi za odredjivanje očinstva. Mjesečnik Pravničkog društva br. 4—5. 1928 (p. 8 sep.). — Kritički prinosi teoriji nasljedjivanja krvnih grupa. Godišnjak sveučilišta u Zagrebu, 1929, p. 214—256. — Vjerovatnost pozitivnog nalaza kod ispitivanja krvnih grupa u svrhu isključivanja očinstva. Medicinski pregled, V. No. 1. 1950, p. 1—11.

V prvi, poljudno napisani razpravi, ki jo je zagrebška medicinska fakulteta oddala sodišču kot fakultetno mnenje glede izključevanja očetovstva na podlagi ugotovitve pripadnosti h krvnim skupinam, je razloženo bistvo krvnih skupin in njih podedovanje pojasnjeno na prav posrečen način z nekaterimi primeri iz genetike. Zanimivo je oprezno stališče, ki se izraža v zaključku: z ugotovitvijo lastnosti v krvi otrokovi, ki jih nima niti mati niti domnevani oče, je podan z največjo verjetnostjo dokaz, da ta moški ni oče otroka; gotovo absolutno sigurnost pa doseže ta dokaz, če se povrh še ugotovi, da je dotična ženska imela v kritičnem času razmerje še z drugimi moškimi.

To mnenje je dalo avtorju povod za podrobno študijo o podedovanju krvnih skupin. V tej so avtorjevi principijelni pomisleki proti obstoječim teorijam, ki so v obrisih naznačeni že v mnenju, obširno razloženi in z obsežnim matematičnim aparatom podprti. Ob izsledkih svoje obširne analize dihibridnega križanja prebivalstva preskuša veljavnost posameznih dosedaj postavljenih teorij o podedovanju krvnih skupin. Potrebna podlaga za takšno kritiko je reprezentativna statistika nekega prebivalstva z res popolno promiskuiteto. Nov kriterij za ugotovitev take populacije najde avtor v Furuhatovi statistiki japonskih družin, kjer odgovarjajo opazovani odstotki posameznih kombinacij krvnih skupin staršev teoretsko pričakovanim. Na podlagi te statistike se jasno pokaže nevzdržnost hipoteze o dveh nezavisnih alelomorfih (v. Dungern in Hirszfeld).

Tudi Bernsteinova hipoteza o treh multiplih alelomorfih ne zadovoljuje, ker računa le s tremi vrstami gametov; mnoge statistike bi pokazale postojanje še četrtega gameta. V nasprotju z dosedanjimi ugotovitvami genetike je tudi predpostavljanje teorije, da se dva multipla alelomorfa pojavljata istočasno; s postulatno teorije, da roditelj AB ne more imeti otroka O, se ne skladajo nekatera baš nasprotna opazovanja. Slični ugovori veljajo tudi glede Furuhatove teorije o vezanih genih v treh kombinacijah, ki se praktično itak ujema z Bernsteinovo. Nevzdržna je tudi K. H. Bauerjeva hipoteza, ki predpostavlja izmeno genov med homolognima hromosomoma, ki sta nosilca faktorjev za krvne skupine. Tu predpostavljeni crossing-over 11% bi bil le specijalen slučaj že zavrjene hipoteze o dveh neodvisnih alelomorfih.

Nekatere težkoče je skušal Bauer premostiti s podmeno o mutaciji genov v 0.1—0.7% slučajev. Analiza mutacije (skupine O v A in B oz. AB) pokazuje ne-

uspešnost te domneve, zanimiva pa je tembolj, ker odpira nekatere poglede na filogenetski postanek krvnih skupin. Račun pokaže, da bi v slučaju dogajanja take mutacije vse človeštvo že davno pripadalo skupini AB, odnosno, če bi bila mutacija bolj počasna, bi morala vsaj skupina AB znatno prevladovati in skupina O biti v manjšini. Ker je pa baš obratno res (povprečna porazdelitev človeštva v krvne skupine je: O = 37,5%, A = 38,7%, B = 17,4%, AB = 6,5%), je možno domnevanje mutacije le v obratni smeri, torej genov A in B v a in b. Po Zarniku je prvotna skupina AB (tudi opazovanja na anatropoidnih opicah govore za to). Če se je počela mutacija pred 2 milijonoma let, bi znašala povprečna mutabilnost nekaj tisočink odstotka; v raznih dobah in pri raznih rasah gotovo ni bila ista. Znatno prevladovanje skupine O pri Filipincih in ameriških Indijancih (pri teh 91,1%) pomeni, da so te populacije že dalje napredovale v smeri proti skupini O.

Zaključek te kritične analize je negativen: nobena od dosedanjih hipotez o podedovanju krvnih skupin se ne sklada z današnjo razdelitvijo krvnih skupin. Še najboljše bi odgovarjala dejstvom avtorjeva lastna hipoteza o 2 trdno vezanih parih faktorjev, ki nastopajo v 4 kombinacijah. Enostavne sheme o podedovanju skupin ni mogoče podati; gre za kompliciran proces, ki bi ga mogoče nekoliko pojasnilo spoznanje kvantitativnih razlik genov. Edino pozitivno znanje o podedovanju skupin je empirična ugotovitev, kakšni otroci morejo nastati iz posameznih zakonov.

Predmet tretje razprave je vprašanje, kolika je verjetnost, da se more na podlagi krvne preiskave izključiti od očetovstva možki, ki v resnici ni oče nekega otroka. Izračunanje te verjetnosti je izvedeno na podlagi Bernsteineove hipoteze, ki jo avtor korigira v toliko, da morejo od staršev AB izvirati otroci vseh skupin. Za izključitev pridejo v poštev sledeče kombinacije:

iz staršev	A × A	morejo izvirati otroci	A in O.
.. ..	A × O	.. ..	A in O.
.. ..	B × B	.. ..	B in O.
.. ..	B × O	.. ..	B in O.
.. ..	O × O	.. ..	O.

Iz vseh ostalih kombinacij morejo izvirati otroci vseh štirih skupin. (Po Bernsteinu otrok O ne more izvirati iz očeta ali matere s skupino AB, otroci AB ne morejo izvirati iz zveze O × AB).

Podane so v splošni obliki formule za verjetnost izključitve pri posameznih kombinacijah ter za verjetnost izključitve sploh. Na podlagi pogostosti krvnih skupin v posameznih populacijah se morejo izračunati te verjetnosti za določeno populacijo. Za 15 populacij je avtor to napravil; verjetnost izključitve pri prebivalstvo s tipično porazdelitvijo krvnih skupin je med 11% in 16%, t. j. med  $\frac{1}{9}$  in  $\frac{1}{6}$ . Bistveno isti so rezultati računov na temelju ostalih hipotez. V najugodnejšem slučaju je ta verjetnost 16,384% ( $\frac{1}{6}$ ); v najugodnejšem slučaju smemo torej pričakovati pozitiven rezultat krvne preiskave le s tisto verjetnostjo, s katero pričakujemo pri metu kocke določeno število oči.

V tej razpravi so predhodno objavljeni rezultati preiskavanj krvnih skupin pri Slovencih (Ljubljana, Košir in Seliškar); porazdelitev skupin je pri nas sledeča: O = 40,0%, A = 42,0%, B = 12,5%, AB = 5,5%. Verjetnost pozitivnega uspeha je za našo populacijo približno 15,7–15,9%.

Seliškar.

Jung G.: Tierexperimentelle Untersuchungen zur medikamentösen Therapie der eitrigen Meningitis. (Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. 1. H. 25. B.)

Autor poroča o poskusih in uspehih, ki so bili doseženi na oto-rhino-layngološki kliniki v Breslau pri terapiji eksperimentalno povzročene gnojne meningitide na kuncih s tem, da se je po trepanaciji lobanje vbrizgalo subduralno čisto kulturo *Staphylococcus haemolyticus aureus-a*. Za terapijo se je uporabljal urotropin, trypaflavin in rivanol v intravenoznih dawkah.

I. Urotropin. a) Istočasno z infekcijo se je dal urotropin (1 cm<sup>3</sup> 40% raztopine) 8 kuncem, od katerih jih je poginilo isti, odnosno drugi dan 7, 1 pa je ostal stalno zdrav. Pri autopsiji se je povsod našlo močno hiperemijo in fibrinozne naslage na meningah, kri iz srca je ostala sterilna, na meningah se je dobila čista kultura *Staphylococc. haemolyt. aur.* b) Urotropin se je dajal en ali več dni pred infekcijo (4–15 cm<sup>3</sup> 40% raztopine) 25 kuncem, od katerih jih je poginilo 10 (7 na meningitis, 3 pa vsled raznih oškodovanj), 15 pa je ostalo živih in zdravih. Autoptični izvid je bil isti kot zgoraj. Radi kontrole je bilo ubitih par kuncev, ki so ostali zdravi. Pri nobenem se ni našlo znakov meningitide.

Občnih okvar organizma vsled visokih davk urotropina ni bilo opazati, razen znižanja krvnega tlaka, toda samo tedaj, če se je dalo preko 2 g urotropina na kilogram telesne teže. Pač pa se je večkrat opazalo okvare ledvic in mehurja (haematurijo).

II. Trypaflavin. Deloma istočasno, deloma pa že pred infekcijo se je dajal trypaflavin (4–5 cm<sup>3</sup> ½% raztopine) intravenozno večjemu številu kuncev, od katerih so poginili isti dan ali pa čez par dni vsi. Pri autopsiji je bila najdena povsod močna hiperemija mening s fibrinoznimi naslagami, deloma tudi gnoj. Kri iz srca je ostala v vseh slučajih sterilna, iz mening so se dobile čiste kulture *staphylococc. haemolyt. aur.* Okvar organizma ni bilo pažati.

III. Rivanol. 20im kuncem se je dalo obenem z injekcijo 2–5 cm<sup>3</sup> 1% raztopine intravenozno. 15 jih je poginilo, 5 jih je ostalo pri življenju. Autoptični izvid je bil isti kot zgoraj, dočim se pri onih, ki so ostali živi in bili pozneje ubiti, ni našlo ničesar patološkega. Ni bilo opazati nikakih okvar organizma vsled Rivanola.

Resumé: 1. Urotropin nima v živalskem eksperimentu, če se da istočasno z infekcijo, nikakoršnega vpliva na potek meningitide. Če pa se daje profilaktično, se opaža v večjem delu slučajev dober uspeh.

2. Doza urotropina mora biti visoka, sicer ne pride zadostna količina v liquor.  
3. Od občnih okvar organizma je omeniti le močno znižanje krvnega tlaka, ki pa nastopi le pri višjih koncentracijah.

4. Okvare ledvic in mehurja vsled urotropina so posledica lokalnih vnetij v teh organih, ne smejo pa se pripisati na račun občnih okvar krvi vsled urotropina.

5. Trypaflavin ni pokazal niti profilaktično niti v istočasnih dawkah z infekcijo nikakršnega vpliva na potek meningitide.

6. Rivanolu se ne more odreči gotovega dobrega vpliva na potek meningitide, vendar ne dosega urotropina kot profilaktičnega sredstva.

Dr. Švajger.



## Na fronti sestre Žive.

(Konec.)

Hvaležni smo pisatelju Kraigherju, da je z brezobzirno roko dobrega zdravnika odgrnil zagrinjalo izpred seksualne gnusobe. Dandanes je literatura edina prav, ki raznaša seksualno prosveto med široko ljudstvo, seveda resna in repulzivna literatura. Dejavno in pravilno rešuje Kraigher odnošaj estetike (umetnosti) do etike (filozofije): umetnost ima abstraktne pojme filozofije prestaviti z maksimalno emocijonalizacijo v nazorne in konkretne osebe in dogodke. Abstrackija se nečutno razlije v konkretnost in učinkuje podzavestno kakor poseben vonj umetnine. V tem oziru je estetika samo nazorna simbolika abstraktne resnice, katera je konkretno le posnetek prirodne, rastoče in razvijajoče se lepote. V mikrokosmosu človeške umetnosti se zrcali le makrokosmos prirodne estetične produkcije. Geslo *l'art pour l'art* je abotna fraza. Res, umetnost je v nekem oziru nadsvet zase, a sloni harmonično in dopolnjevalno, najstveno na vsem ostalem svetu. Sicer pa vidimo, da je smoter življenja napredujoče ustvarjanje (produkcija), ne uničevanje (nirvana) in da se razvija vsa kultura — tudi umetnost! — pod vidikom bioloških in socioloških smotrov. Fantazija, prva dušna velesila, ustvarja indiferentno, zato je izključil Platon umetnike iz svoje države. Indiferentna fantazija je namreč vstanu, z enako sugestivno in zapeljivo umetnostjo ostvariti dobro in zlo. Ker umetnost torej nima v sebi nobenega pravca, se mora tudi ona na tem svetu bioloških kriterijev ukloniti pozitivnim interesom življenja. Pravi umetnik motri veseljnost s sintetičnega stališča in vidi, da je umetnost le harmoničen del življenja, ki ne sme rušiti, izpodkopavati ostalih delov. Samo imbecilen ali kriminalen umetnik se more pozivati na naturo? Na katero naturo? Ali ni natura živ organizem, ki se razvija in napreduje z nižje na višjo stopnjo popolnosti in smotrenosti? Ali ne vidi umetnik v naturi večne borbe dveh principov, dobrega in zlobnega, božanskega in demonskega? Ali naj zmaga naposled dobronik ali demon? Ali ne doživlja umetnik slednji dan iste borbe v svojih lastnih prsih, borbe med demonično emocijo in božanskim intelektom? Natura torej ni dogmatičen ideal, temveč le izhodišče k bodočemu idealu. Ves prirodni in historični razvoj nam predstavlja enako borbo višje, razvijajoče, izpopolnjujoče se nature z nižjo, nepopolno naturo. Ali naj ovira samo umetnik to prirodno in historično tendenco in služi reakcionarnim, demoničnim in uničujočim silam?

Zadnji smoter življenja je napredek resnice, torej napredujoče prilagajanje duha prirodni, razvojni lepoti. Praktična realizacija resnice v življenju pa je baš etika. Najvišji zakon vsega praktičnega, torej tudi umetniškega udejstvovanja je etika. Umetnost, ki sili in ponižuje indiferentno fantazijo v službo negativnih, razdornih sil, je zločinska. Vlačuga, pa bodi še tako lepa in ognjevit, ostane vlačuga. S tem ni rečeno, da bi umetnik ne smel prikazovati tudi zla in grdote, saj prevladujejo na sedanji, tako nepopolni razvojni stopnji kulture še vedno nevednost, zloba in nelepoti. A nikoli ne sme umetnik predstavljati senčnih strani prirode in življenja z zlobnim namenom, da nam jih z umetniško emocijo sugerira, marveč samo po principu psihološke repulzije in iz tehniških razlogov, da postane s kontrastom sence svetloba še svetlejša. Z ženijalnim instinktom je zadel to umetnost Tolstoj v romanu „Ana Karenina“. Tudi v Kraigherjevi drami „Na fronti sestre Žive“ nastopi demoničen mož, doktor Konj, s seksualno monomanijo ali začetno paralizo (sumljiva veselost, prisiljene in šepave, po duhovitosti hlastajoče primere), se priplazi moška zver, ki ubije z zločinsko roko v navalu seksu-

alne razdraženosti mater svojih otrok. Neprikrito poziva Kraigher psihijatrijo, da razširi svoj delokrog tudi na seksualno monomanijo in zaščiti pred njo nevedno okolico.

Od pristojne zdravniško-literarne strani se je našel pereči problem seksualizma, o katerem nikakor ni dopustno razpravljati pred nezrelo mladino, prav za prav pred mladino sploh. S to ugotovitvijo pa smo že zabredli in *medias res*, v diskusijo o potrebnosti in primernosti spolnega pouka. Po dualističnem nazoru se javlja spolni nagon duševno in telesno, duševno kot erotika (ljubezen), telesno kot seksualnost. Umetno draženje (lascivni pogovori in dovtipi, literatura, slike in plakati, gledališče, kino, zabavišča in veselice, obleka itd.) in prerano, pretirano, nezakonsko udejstvovanje seksualnosti se imenuje seksualizem. Seksualizem je torej samo izrodek zdrave, normalne seksualnosti. S seksualizmom ne smemo zamenjati patološkega spolnega nagona, seksualne monomanije, ki nevarno ograža s svojo patološko nasilnostjo moški in ženski spol.

Iz biologije vemo, da je položila priroda v človeka dva glavna nagona osebne in plemenske rasti, osebni in spolni (plemenski) nagon. V doraščajočem človeku je najjačji spolni nagon, podrejen zakonu specifične čutne energije, to se pravi, na vsako pozitivno in negativno dražilo reagira čutilo enako, n. pr. vidni živec odgovarja na vsa fizikalna, kemična, fiziološka in psihološka dražila vedno z isto reakcijo. Enako reagira vsak organ na negativno dražilo, ako mu izpremenimo ali odtegnemo biološke pogoje ali preprečimo normalno, v ritmičnem pogonu se ponavljajočo funkcijo. V ojačeni meri očitujejo specifičnost svoje energije spolni organi, seveda pod važnim predpogojem, da se je njihova speča, podzavestna funkcija obudila. Kajti sicer: *ignoti nulla cupido!* Ako se pa enkrat mirujoče kolo zavrti, ga ni mogoče več ustaviti. Vsak poizkus pozitivne ali negativne izpremembe pospeši samo brzino ali jačino njegovega vrtenja. Prožna žoga reagira vedno enako, čimbolj jo tlačiš, stiskaš ali mečeš, s tem večjo silo odskakuje. Prav tako je s spolnim nagonom v mladem, razvijajočem se človeku. Edino uspešno, preprečevalno sredstvo seksualizma je molčeča profilaksa: pustiti ga na miru, ne ga umetno dražiti ali obujati. Misterij naj ostane misterij! Posebno nevarna so vprašanja, negativna dražila prepovedi in grožnje, ker delujejo vse vprašalne in negativne sugestije po principu psihološke polarnosti (kontrastizma), kakor ga točno izraža ljudski instinkt s prislovico: *prepovedan sad diši!* Z biopsihološkega stališča je splošen seksualen pouk absolutno nedopusten, omejuje se zgolj na individualno potrebo, to se pravi, kjer opazi ali zasumi roditelj ali učitelj obujen spolni nagon in nevarnost nevednosti, tam naj nastopi starejša, resna oseba in *camera caritatis* z dostojnim in previdnim pojasnilom in svarilom.

Glede spolne abstinence so celo med zdravniki razširjeni napačni nazori. Avtoritativno mnenje nam podaja moderen strokovnjak in psihijater, profesor dr. E. Bleuler (Učbenik psihijatrije, IV. izdaja, 1923), rekoč:

Ž nekaکو emfazo se navaja dandanes tudi spolna vzdržnost kot vzrok nevroz ali celo dušnih bolezni, a seveda zopet brez vsakega dokaza. Hčere gotovih stanov, katoliški svečeniki in druge vzdržne osebe nudijo prav za prav že dovolj protidokazov; vendar pa je splošni nazor postal tako lahkomiseln, da ostajo mnogokje zlasti v moškem spolu skoro le psihopati vzdržni. Ako potem izmed teh nekateri obolijo, je pač nepravilno, kriviti vzdržnost.

Nasprotno uči vsakdanja praksa, da pospešuje vzdržnost z neobujenim spolnim nagonom zdravje, delavnost in dolgo življenje, kar dokazujejo tudi moderni pomlajevalni poizkusi (Steinach, Voronov). Psihoanalitik Freud govori celo o sublimaciji vzdržnega spolnega nagona, neizrabljena seksualna ener-

gija se prelije v višje intelektualne, etične in estetične energije. In vsak oženjenec ve iz lastnega izkustva, kako oslabijo po vsakem spolnem ekscesu vse dušne sposobnosti (fantazija, razum, čuvstvo in volja, zlasti pa delavnost in podjetnost). Izmozgani seksualni sužni tavajo po svetu kakor brezsrčne, mehkužne in delomrzne sence. Kulturna zgodovina uči, da so propali vsi spolno razuzdani narodi. Zato pa zahteva vsaka dalekovidna, v srečno, zdravo in močno bodočnost naroda usmerjena politika od svoje mladine absolutno spolno abstinenco, od zakoncev pa spolno zvestobo in zmernost.

Tem bolj nas osuplja kričeče nasprotje med to znanstveno, evgenično in higijensko zahtevo in med faktičnim položajem moderne družbe, med teoretičnim postulatom abstinence (zmernosti) in praktičnim seksualizmom. Kakor vso socialno bedo, je povzročil tudi seksualno podivjanost svetovni nazor materijalizma, ki stavi na lestvici materijalnih vrednot in dobrin na prvo mesto seksualni orgazem. Seksualno hipertrofijo podpira od druge strani individualistični kapitalizem, drugi izrodek istega materijalizma. Jasno in logično: čimveč je ljudi, tem več je na eni strani cenejših delavcev, na drugi tem več odjemalcev. Nadprodukcija ljudi in blaga pa je najvišja modrost osebnega profita. Brez umetnega, do besnosti razpaljenega seksualizma pa te nadprodukcije ni pričakovati. Zato sta se zvezala materijalizem in kapitalizem, z rafinirano iznajdljivostjo mečeta med mladino in proletarijat vedno nova seksualna dražila z alkoholom, z razuzdano literaturo in umetnostjo, kinom, glediščem, ljudskim zabaviščem itd. Inteligenci in inteligentnim delavcem se odpirajo oči, kako si s seksualizmom kujejo sami najtežjo verigo.

Tudi pri nas so potrebna društva za evgeniko in telesno kulturo, ki organizirajo borbo proti seksualizmu na vseh poljih javnega življenja, pred vsem seveda v literaturi in umetnosti. Seksualna prosveta, gojitev telovadbe in sporta odvrne in obrne spolno energijo v strugo plodnejšega in blagodejnejšega dela.

Dr. X.

## DROBIŽ

**Nova stavba ekspoziture OUZD v Mariboru.** Na javen razpis za predložitev načrtov je prejel urad 27 projektov za novo stavbo. Plenarna seja ocenjevalne komisije, sestojeca iz 8 rednih in 6 posvetovalnih članov, je dne 16. januarja sklenila nagraditi tri projekte, ki so se najbolj približali zahtevam gradbenega programa. Vsak načrt je nagrajen z 15.000 Din. Nagrajene osnutke so izdelali: arhitekt Saša Dev-Costaperaria (15 osi), ing. Horvat in Plajnič (9 HP) in arh. Vladimir Mušič (Ekspozitura M). Nagrade so enake in vrstnega reda ni smatrati za kakršnokoli kvalifikacijo poedinih načrtov. Žirija je poleg teh treh nagrajenih projektov odkupila še tri osnutke po 10.000 Din: „8271 E“ (arh. Spinčič in cand. arh. Joško Mesar), „B 15“ (arh. Denzel in arh. Kauzlarič) in „O 15“. Po podrobnem študiju vseh teh načrtov bo urad končno odločil, po katerem načrtu naj se stavba sezida. Ko bo definitivno določeno, po katerem načrtu se gradi, bomo v našem listu podali popis ambulatorijev in fizikalnega zdravišča ter kopališča. Zgradba bo razpolagala s prostornimi ambulatoriji ter bo zadostila vsem modernim zahtevam higijene.

**O pračloveku v Potočki zijalki** je predaval g. prof. Sr. Brodar iz Celja dne 25. januarja v zbornični dvorani univerze. Predavanje je aranžiralo geografsko društvo. Videli smo mnogo prav lepih diapozitivov o zijalki s poskusnimi rovi in glavnimi nahajališči. Izredno zanimiva so bila demonstrirana različno izdelana



in različno stara šila in primitivna šivanka iz manjše cevaste koščice. Zbirka najdenin se je sedaj pomnožila za nekaj sileksov — pravih mikrolitov. Profili v rovih so mestoma kar natrpani z medvedjimi kostmi, ugotovljena so ob vohu številna nahajališča oglja, torej prava predzgodovinska ognjišča itd.

Potočka zijalka na Olševi obeta postati svetovno važna prehistorična postojanka, podobna švicarskim postajam, vendar časovno mnogo razsežnejša, za kar govore celo zgodovinske najdbe in bo to morda ključ za marsikateri problem iz prehistorike. Iz srca želimo resnemu obiskovalcu mnogo uspeha, šolsko oblast pa naprošamo, da razbremeni našega znanstvenika v poklicu in mu priskrbi primeren dopust.

V § 173 kazenskega zakonika za kraljevino Jugoslavijo omenjena komisija, ki naj odloča o umestnosti splava, še ni imenovana, kakor doznavamo iz merodajnega mesta, ker ni še izdalo ministrstvo tozadevne uredbe.

**Frekvenca dijaštva na medicinski fakulteti v Ljubljani.** V zimskem semestru 1929/30 je bilo vpisanih: v I. semestru 28 slušateljev in 6 slušateljic, v II. semestru 1 slušatelj, v III. semestru 25 slušateljev in 6 slušateljic, v IV. semestru 2 slušatelja, v V. semestru 26 slušateljev in 2 slušateljici. Skupno torej 96 slušateljev.

### Presoja preparata „Foscam“.

V kemični laboratorij oddelka za preiskovanje vode in živil Higijenskega zavoda v Ljubljani, je bil poslan v preiskavo neki preparat „F o s c a m“ in je bil Higijenski zavod naprošen, da poda tudi izjavo in mnenje uporabe tega preparata, ki služi kot dodatek kvasu.

Kemična analiza preparata je pokazala sledeče rezultate:

voda 14·30%, P<sub>2</sub>O<sub>5</sub> 35·51%, NH<sub>3</sub> 8·04%, netopni preostanek 1·85%, CaO 28·43%, Na Cl 15·86%, sledi Fe.

Poleg kemične analize se je napravil še sledeči praktični poskus:

Peklo se je dvakrat testo iz približno enakih količin moke, enkrat z dodatkom preparata, enkrat brez. Pri tem doseženi rezultati so sledeči:

I			II	
Poskus s preparatom »Foscam«			Poskus brez preparata	
	količina	cene v Din	količina	cene v Din
moka . . . . .	2.58 kg	10 32	2.48 kg	9 92
voda . . . . .	1. 5 L*	—	1. 5 L	—
kvas . . . . .	—	1'—	—	1'—
preparat . . . . .	10 gr	?	—	—
stroške za peč . . . . .	—	1 50	—	1 50
gotov kruh . . . . .	3.78 kg	12 82	3.26 kg	12 42
cena kruha pro kg		3 39		3 81
količina kruha pro kg moke . . . . .	1.46 kg		1.31 kg	
odstotkov vode v kruhu . . . . .	40. 8%		33. 1%	
v moki . . . . .	12.21%			

\* Predpisi zahtevajo pri vporabi preparata povečanje dodatka vode v iznosu 5 do 6 litrov na 100 kg moke, kar nismo upoštevali radi olajšanja primerjave.

Po predpisih v „Schweizerisches Lebensmittelbuch“ naj bo vsebina vode izpod 40%. Po zunanjem izgledu je kruh, pečen s preparatom rahlejši, sveži lom se čuti med prsti vlažen, vkljub temu se hitreje suši in drobi kot navaden kruh.

Preparat je italijanski produkt in mu je prav za prav ime „Focam“. Neznatno spremembo imena v vlogah, ki so bile predložene Higijenskemu zavodu, pripisujemo pogreški.

Iz italijanskih reklamnih letakov je razvidna svrha novega preparata, ki obstoja v dosegi boljšega kruha pri istočasni povečani količini: „Col risultato di un pane migliore e della farina maggiore quantità di pane“ (poudarjeno na letaku).

Doseže se to (po navedbah na letaku) z vplivom, ki izvira iz dejstva, da prepreči preparat razkroj glutina v glutinin in s tem doseže večjo absorpcijo vode, ki ne ostane voda, temveč se pretvarja v kruh ali kakor stoji na letaku „maggior assorbimento d'acqua che non resta acqua ma si trasforma in pane“. Nadalje je navedeno na letaku, da pospešuje preparat vpliv kvasa z aktiviziranjem kvasnih glivic in da poveča volum kruha za 15%; da je ugodni učinek tudi fiziološki, in sicer „na kosti, kakor tudi na celokupni organizem“. V okrepitev teh izjav so citirani trije italijanski profesorji.

Jasno je, da ima preparat lahko veliko važnost za italijansko državo, ki bije „žitno bitko“, saj ji daje navidezno možnost pretvarjati vodo v kruh. Faktične vrednosti pa nima, ker se kalorična vrednost kruha ne poveča.

Uvajanje omenjenega preparata je torej brez koristi za splošnost, povečanje voluma kruha izvira od večje množine vode v kruhu. Mogoče je samo, da bi se mogla uporaba preparata „Foscan“ pri peki kruha prikrivati in s tem občutno oškodovati konzumente.

D. Pirc Ivo. — Ing. Gerl Friderik.

Higijenski zavod v Ljubljani sporoča, da je uvedel z novim letom 1930 v pregledu krvi na lues dve novi reakciji, namreč po Kahn in Hechtu. Reakcija Kahn (flokulacijska reakcija) je idealna kakor glede specifičnosti tako tudi glede občutljivosti. Reakcija je posebno dobra, ako se hoče odkriti, če kaže pacient še nekatere modifikacije v svojem serumu. Reakcija Hecht je idealna za slučaje, pri katerih se hoče najti infekcijo. Ona sili kliničarja, da bolj pazljivo in vztrajno jemlje anamnezo in da skuša še na druge načine (s pregledom likvorja, z reaktivacijo, s perijodičnimi pregledi krvi) ugotoviti eventualno lues. Zamenjati Wa-reakcijo Hechtova reakcija naravno ne more. Predpostavlja se namreč, da sta v serumu bolnika dve vrsti reaginov: termolabilni in termostabilni. Prve uničimo, ako serum segrevamo na 56° C, drugi to toploto vzdrže. Opazilo se je, da se v začetku bolezni pojavijo v serumu termolabilni in šele kasneje termostabilni. Po vplivu zdravljenja ali pa tudi spontano se najprej izgube termostabilni. Potrebno je torej iskati obojih. Dočim Wa-R. odkriva samo termostabilne reagine, ugotavlja Hechtova reakcija prisotnost obojih. Zaradi popolnosti je potrebno še omeniti, da more biti Hechtova reakcija pozitivna tudi s serumom tuberkuloznih, karcinomatoznih, nefritičnih itd.

V bodoče je torej potrebno:

1. da se navede, po katerih reakcijah naj se material preišče,
2. da se pošlje nekaj večja količina materiala,
3. da se pošilja šele tekom zadnjih 24 ur pred analizo, ako se želi reakcijo po Hechtu, ker je za to reakcijo potreben svež serum,
4. da se navede diagnoza, ker nam je potrebna radi statistike.

V slučajih, kjer ne bodo navedene reakcije, po katerih naj se material preišče, se bo napravila Wa-R. orig., Sachs Georgi, Meinicke III. in Kahn.

---

Gg. kolege opozarjamo na cenik drž. higijenskega zavoda v Zagrebu. Iz oglasa so razvidna sera proti raznim infekcijskim boleznim.

---

Corrige! V dveh naslovih je tiskarski skratvitihotapil po eno napako. Naslov članka g. dr. Savnika se ima pravilno glasiti: Röntgen-institut kirurske klinike (ne bolnice) v Frankfurtu ob Meni, ter v prispevku g. dr. Lutmana: Sedanje stanje vprašanja aktivne imunizacije proti (prvotno izpuščeno) difteriji.

Razpis službe. Vodstvo zdravilišča na Golniku nas opozarja, da sta razpisani dve službi pomožnih zdravnikov. Podrobnosti so razvidne iz razpisa v Uradnem listu kr. banske uprave, informacije daje tudi uprava zdravilišča.

Konec redakcije za 5. številko: 1. III. 1950.

Zdravniški vestnik izhaja letno 10 krat kot samostojno glasilo zdravništva v Dravski banovini na poldrug tiskani poli. Doktorji medicine, zdravstveni zavodi in lekarnarji ga dobivajo brezplačno, za nezdravnike znaša letna naročnina 100 Din, za dijake znižana cena. Dopisi in rokopisi, napisani samo na eni strani četrtinske pole, ako le mogoče s pisalnim strojem, in z. event. navedbo števila separatnih odtisov, naj se pošiljajo na naslov: Dr. A. Košir, Ljubljana, Tavčarjeva ulica 6. — Naročnina in administrativni dopisi naj se naslavlja na isto ime. — Ček. račun poštne hranilnice štev. 15.493.

## Kemično - farmacevtska tvornica

# Ph. Mr. J. Kolař

## Ljubljana VII.

### CHOLETHESAN

Species antichole-  
lithiaca, mitior et  
fortior

proti

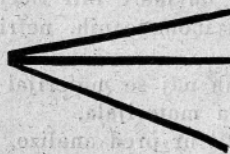


žolčnemu kamnu  
zlatenici  
navalu krvi v jetra

Čisti kri, uravnava prebavo in stolico.

### RENATOSA

Tct. fer. arom.  
c. china et  
condurango  
(Mr. Kolař)



c. arseno: tuberkuloza, anemija  
hloroza.  
pura: anemija, hloroza, to-  
nicum pri rekonva-  
lescenci in pomanj-  
kanju teka.  
c. lecithino: nevrastenija, anemija,  
tuberkuloza, slabost,  
rekonvalescenca.

Urednik in izdajatelj: docent dr. Alija Košir, Ljubljana, Tavčarjeva ul. 6.

Tiskajo: J. Blasnik nasl. Univerzitetna tiskarna in litografija d. d. v Ljubljani.  
Odgovoren Janez Vehar.



# HIGIJSKI ZAVOD S ŠOLO NARODNEGA ZDRAVJA V ZAGREBU



Mirogojska cesta št. 4, 6, 8.

Telefon 41-34, 58-77, 58-78, 52-23, 51-45.

Telegrafski naslov: Higijena Zagreb

## Cenik (za lekarnarje)

za serume, proizvajane v Higijenskem zavodu v Zagrebu

		Cena za lekarnarje	Cena za podrobno prodajo	Telegrafske kratice
			Din	
<b>1. Serum (konjski) proti difteriji:</b>				
1000 A. E. (profil. doza)	v 2-3 ccm	13.00	17.00	dia
3000 A. E.	v 4-7.5 ccm	18.00	23.50	dibe
5000 A. E.	v 5-10 ccm	49.00	62.50	dice
8000 A. E.	v 8-10 ccm	84.00	109.00	dide
10000 A. E.	v 9-10 ccm	108.00	142.50	dije
15000 A. E.	v 10 ccm	144.00	187.00	dief
<b>2. Serum (goveji) proti difteriji:</b>				
1000 A. E. (profil. doza)	v 8-10 ccm	27.50	36.00	godia
<b>3. Serum (konjski) proti tetanusu:</b>				
2500 Int. A. E. (profil. doza)	v 3-5 ccm	13.00	17.00	tea
12300 Int. A. E.	v 15-25 ccm	49.00	62.50	tebe
25000 Int. A. E.	v 25-50 ccm	72.00	93.50	tece
50000 Int. A. E.	v 50-100 ccm	120.00	156.00	tede
2500 Int. A. E. (sušen v ampuli)		18.00	23.50	tesa
<b>4. Serum (goveji) proti tetanusu:</b> (v omejenih količinah)				
2500 Int. A. E. (profil. doza)	v 8-10 ccm	36.00	47.00	gota
<b>5. Serum proti škrlatinki po Dick-Dochezu, nekonzentrirano:</b> (antitoksičen in baktericiden)				
10 ccm		24.00	31.00	skaa
20 + 1 ccm		28.00	62.50	skabe
1 ccm		6.00	8.00	skace
<b>6. Serum proti dizenteriji Shiga:</b> (antitoksičen in baktericiden)				
10 ccm		18.00	23.00	grisa
20 ccm		36.00	47.00	grisbe
<b>7. Normalni konjski serum:</b>				
a) z dodatkom 0.35% trikrezola (v ampulah)				
1 ccm		3.50	4.50	noka
5 ccm		9.50	12.50	nokab
10 ccm		14.50	19.00	nokac
20 ccm		23.00	29.50	nokad
b) brez dodatka trikrezola (v stekleničah)				
25 ccm		27.50	36.00	nobka
50 ccm		47.00	61.00	nobkak
<b>8. Normalni goveji serum:</b>				
a) z dodatkom 0.35% trikrezola (v ampulah)				
1 ccm		4.50	6.00	goka
5 ccm		13.00	17.00	gokab
10 ccm		17.00	22.00	gokad
20 ccm		26.50	34.50	gokac
b) brez dodatka trikrezola (v stekleničah)				
25 ccm		33.50	43.50	gobka
50 ccm		53.00	68.50	gobkak

Gori navedene cene za serume Higijenskega zavoda v Zagrebu so odobrene z odlokom Gospoda Ministra Socijalne Politike in Narodnega Zdravja S. St. 42.853 od 9. septembra 1929. Cene za podrobno prodajo so netto cene in veljajo za celo državo. **Dražje prodajanje omenjenih preparatov je prepovedano.**

Serumi Higijenskega zavoda v Zagrebu se razpečavajo za podrobno prodajo potom javnih lekaru. Državni, banski, sreski in občinski zdravstveni uradi kakor tudi ustanove Vojske in Mornarice serume lahko nabavljajo v večjih količinah neposredno od Higijenskega zavoda v Zagrebu po ceni za lekarnarje pod pogojem, da plačajo stroške za omot in poštino.

Lekarne bodo serume nabavljale od veleprodajalcev po za lekarnarje določenih cenah. Te cene se ne smejo prekoračiti in veljajo seveda na licu mesta veleprodajalca, poštnina in omot se zaračuna posebej. V medsebojnih trgovinskih odnosih med veleprodajalci in lekarnami veljajo nabavljalni pogoji dotične veleprodajalca.

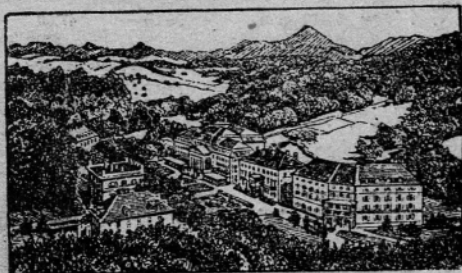
Serumi, katerim je potekla doba veljavnosti, se sprejmejo nazaj in brezplačno zamenjajo za sveže serume iste jakosti. To zamenjavo izvrši ona veleprodajalca, pri kateri so bili serumi nabavljeni.

Vsi serumi Higijenskega zavoda v Zagrebu so preizkušeni in standardizirani v smislu predpisov Higijenske sekcije Lige Narodov in zakonito zavarovani pred ponarejevanjem.

Pri telegrafskih naročilih naj se uporablja telegrafski naslov veleprodajalca ali zavoda, kakor tudi telegrafske kratice za dotične serume. Na primer: „Isis“, Zagreb. Pošljite takoj 25 doz seruma proti tetanusu po 12.500 Int. A. E. „Bolnica, Celje“ bi se glasilo brzojavno: „Isis Zagreb pošljite dvajsetpet tebe Bolnica Celje.“

# ZDRAVILIŠČE ROGAŠKA SLATINA

**Najlepše in najbolj moderno  
urejeno zdravilišče kraljevine,**



**Svetovno znani zdravilni vreli:**  
„Tempel“ - „Styria“ - „Donat“

**Zdravljenje vseh želodčnih in  
črevesnih bolezni, bolezni srca,  
ledvic in jeter.**

**Sezona od 1. maja do 30. septembra.**

**Maj, junij in september, naj-  
boljši čas za uspešno in ceno  
zdravljenje.**

**Koncertira vojaška godba. Največja  
udobnost. Na železnici znatni popusti.  
Ugodne zveze. Razpošiljanje  
mineralne vode.**

**Zahtevajte prospekte.**

**Ravnateljstvo zdravilišča  
Rogaška Slatina.**