

# ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

Novo zaščitno sredstvo pred difterijo

## Zaščitna mast proti difteriji

po profesorju Löwensteinu

je najsigurnejše in popolnoma neškodljivo sredstvo za aktivno imunizacijo proti difteriji. Uporaba posebno enostavna, ker se mast utira otroku v kožo.

Proizvaja Državni Seroterapijski Zavod, Wien.

Pojasnila in navodila daje Glavno zastopstvo za kraljevino Jugoslavijo:

**Jugoslavenski Serum Zavod d. d., Zagreb**

Telefon 65-65

Gregorijančeva 23

Brzjavni Serum Zagreb

## „Reumast“

aromatično mazilo proti revmatičnim in živčnim bolečinam, gihtu in išijazu

Sv. Roka Lekarna

**Mr. Ph. Slavko Hočevar**  
Ljubljana VII.

## Vsebina:

Dr. A. Košir: Prispevek k prenosu blastromskega agensa od človeka na miško . . . . .	47
Dr. V. Meršol: Preprečevanje retour-slučajev pri škrlatinki . . . . .	50
Dr. Fr. Debevec: Kofein v medicini in hrani . . . . .	55
Dr. H. Höglér: Klinična diagnoza carcinoma portionis . . . . .	60
Dr. B. Škerlj: Indeks rejenosti in teoretična teža . . . . .	64
Dr. P. Lunaček: Demonstracija novorojenčka z nedoločenim spolom in razvojno anomalijo spolovila . . . . .	66
Iz prakse za prakso . . . . .	67
Domača literatura . . . . .	67

---

# Gospod kolega!

## Pristopite

k jugoslovenskemu društvu za proučavanje  
in zatiranje raka,  
pododbor LJUBLJANA. (Ženska bolnica.)

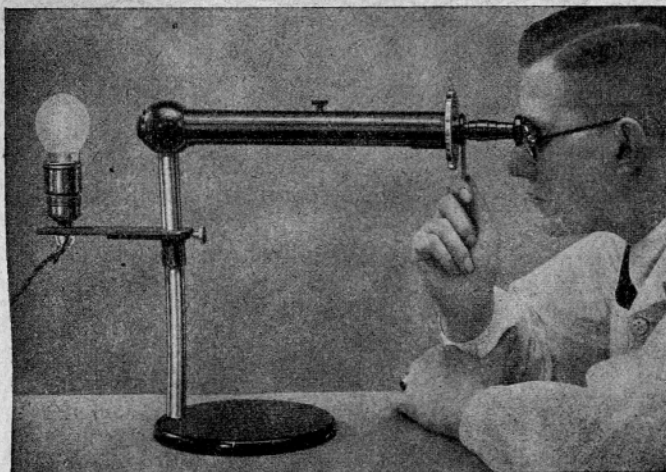
---

# Radenska mineralna voda kot zdravniško preizkušeno zdravilo

### Prporoča se sledeči način uporabe pri

1. protinu, ledvičnih kamenčkah in pesku trikrat dnevno po eno do tri čaše ugrete Radenske vode zdravilnega vreleca.
2. kroničnem vnetju ledvic, hipertrofiji prostate, želodčnem in črevesnem katarju, Urethritis, Cystitis, Pyelitis in Fluor albus dnevno 3—6 kupic ugrete Radenske vode Kraljevega vreleca,
3. katarju krljha in bronhijalnem katarju večkrat dnevno po eno čašo Radenske vode zdravilnega vreleca z vročim mlekom.
4. Ikterus, zastajanju v jetrih in pri žolčnih kamenčkih dnevno 3 do 6 čaš Radenske vode s Karlsbadsko soljo.
5. Diabetes mellitus, zavapnenju arterij, golši in Basedovu pije se najbolje redno namesto druge Radenska voda, najmanj pa trikrat dnevno po eno čašo.
6. želodčnih in črevesnih ranah dnevno tri čaše prekuhane in zopet ohlajene Radenske vode zdravilnega vreleca.

Gospodje zdravniki dobijo za poskusne namene potrebne množine brezplačno na razpolago. Obrnite se z dopisnico na Upravo Zdravilišča Slatina Radenci.



## **ZEISS-ov** krožni polarimeter.

Specijalen instrument na stebriču za bolnice in lekarne za določanje sladkorne koncentracije v diabetškem urinu (določa tudi količino beljaka) ter sunčnega kota, odn. koncentracije vseh oficinelnih optično aktivnih snovi. Trodelno, izredno občutljivo vidno polje. Bistveno zvišena svetloba optične opreme tako da je poleg električne svetlobe uporabna tudi natrijska celo v slučajih, kadar je bilo to doslej nemogoče. Nova uravnava okularja in leč, s katerim čitamo rezultate. Obseg merjenja do  $360^\circ$ , točnost pri merjenju do  $0.05^\circ$ , ozir.  $0.05\%$ .

# **ZEISS**

rabna tudi natrijska celo v slučajih, kadar je bilo to doslej nemogoče. Nova uravnava okularja in leč, s katerim čitamo rezultate. Obseg merjenja do  $360^\circ$ , točnost pri merjenju do  $0.05^\circ$ , ozir.  $0.05\%$ .

Tiskovine brezplačno pri

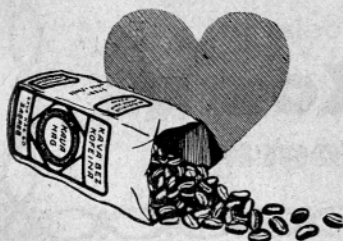
**Carl Zeiss, Jena** ali

**M. Pavlović**, zastopstvo za Jugoslavijo, Beograd, Sremska 9



# **KOFEIN**

povzroča razburjanje dražilnih aparatov v srcu. Zato kot sredstvo za uživanje pri srčnih boleznih samo 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, klorozmarazmu, 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, NA KODELJEVO 3

Štev. 3.

Leto III.

## Prispevek k prenosu blastomskega agensa od človeka na miško?

Dr. A. Košir.

Če sem se odločil za takšne poskuse, sem hotel še naprej zasledovati L. Heidenhainove in Blumenthalove poskuse. Znano je, da je Heidenhain pri precej obsežni poskusni vrsti dosegel kakšnih 6% pozitivnih rezultatov, če je presajal človeški tumorski material (avtole i. dr.) na belo miško. Svoje uspehe je objavil v dveh knjigah. Znano je nadalje, da je razlagi teh poskusov ugovarjal zlasti B. Fischer-Wasels, češ, da gre v vseh teh slučajih za spontane blastome in nikakor za pozitivne eksperimentalne izsledke in da je doseženi odstotek še vedno takšen, kakršnega poznamo pri spontanih tumorjih iz neverjetno široko zasnovanih M. Slys-inih poskusov, ki so pojasnili, v kaki meri se pri miškah podeduje dispozicija za blastome. Slys je s primernim križanjem dosegla do 100% (!) spontanih tumorjev, pri čemer se je dovezetnost za tumor tako stopnjevala, da je zadostovala že navadna, pri drugih miškah sicer popolnoma brezpomembna poškodba (ugriznina) kot zadosten mehanski dražljaj za konsekutivni karcinom. Tkivo je postalo tako ranljivo in dovezetno za blastomske razplemenitev, da je končno vzgojila prave karcinomske rodovnike. Kakor je razvidno iz literature prav zadnjih let, bo L. Heidenhain v svojih sklepih precej osamljen, če hoče svoje rezultate izrabljati za posebno infekcijsko teorijo blastomov, četudi ne bi hotel razlagati postanka blastoma z bakterijsko infekcijo, temveč pripisati onemu iz literature dobro znanemu tumorskemu agensu.

Blumenthalovi poskusi, v kolikor so mojim sorodni, so bili usmerjeni v čisto drug pravec. Njemu je šlo za to, da dožene v krvi blastomske živalice nekaj, kar proizvaja pri transplantaciji prav tako tumor, kakor tumorsko tkivo samo. Sporno je le to, ako presadim s krvjo tumorske živali posamezne blastomske stanice, ki slučajno (ali redno) krožijo v krvi ali pa zopet oni prosluli agens, najboljši znan iz Rousovih tumorjev. Blumenthal je dosegel homologene blastome z vbrizganjem krvi in so ti poskusi analogni onim pri piščetu. S tem se je našla nova analogija s temi „infekcijskimi granulomi“, ne glede na dejstvo, ali jim priznavamo pravi blastomski značaj ali ne.

V obče ne bi Heidenhainovi poskusi, če bi bili pozitivni v več odstotkih, nikakor presenetili, ker ne bi prinesli nekaj docela novega. Presaditev tumorja na tujevtrstno žival je že mnogokrat

uspela in opisana. Zaradi tega tudi nisem videl v tem načelnih težkoč. Ako sem skušal prenesti oni „agens“ od človeka na miško, sem samo ob sebi umevno a priori odklanjal domnevo, da bi mogli človeški monociti ali pa v krvi suspendirane tumorske stanice razrasti v mišjem organizmu, ker vemo že točno, da se presadek redno rezorbira v tujevrstnem organizmu. Možnost je pa teoretično dana, da preide s tumorsko krvjo tudi eventualni agens, ki izzove v novem telesu katerokoli tumorsko reakcijo. Sive miške sem izbral iz enostavnega razloga, ker mi bele niso bile na razpolago.

**Materijal in razporedba poskusov.** Miške sem lovil iz različnih „lovišč“, kar je razumljivo. Takšen material je tem ugodnejši, ker se ni mogla preje stopnjevati ev. dispozicija za tumorje, če smo lovili miške iz raznih krajev. Z izjemo dveh slučajev sem čakal „naravne“ smrti poskusnih živalic, kar se mora storiti principijelno, ker se javijo tudi pravi eksperimentalni pozitivni rezultati še po mnogih mesecih (glej Fibigerjeve poskuse s spiroptero). Pripomniti pa moram, da so bile številne miške inficirane s trakuljami (dve vrsti) in da so se deloma našli Cysticerci v jetrih. Ta pripomba je po mojem mnenju etiološko važna in bi moral vsak eksperimentator to še posebej opomniti, ker vemo, da so razni paraziti vzrok blastomom, ne toliko pri nas kakor v Egiptu in daljnem vzhodu.

Bolnikom s tumorjem se je odvzemala sterilno iz vene količina 5—10 ccm krvi, ki sem jo postavil vsaj za 24 ur na led. Po 24 urah sem ločil vrhnji del svetlejšega koagula od ostalega temnejšega dela in to porazdelil na 2—3 miške, ki sem jim koagulum všil pod hrbtno kožo. Da ne bi bile živalice prenemirne, sem jih redno z etrom narkotiziral. Rana se je per primam celila in se ni všiti košček nikdar izgubil. Oba dva momenta — eterska narkoza in celitev per primam — sta dokaj važna pri poskusu, ker je draženje dihal po eterskih parah ev. etiološkega pomena pri blastomih in ker nam more zagnojen transplantat pokvariti uspeh. Avtorji poročajo, da infiltracija z limfo(levko)citi že v naprej skoraj vselej onemogoči blastomsko reakcijo.

Serijski poskusnih živalic znaša točno 21 komadov, 10 od teh jih je dobivalo razen tega še v presledkih 2—3 dni serumske injekcije istega človeškega blastomca, maksimalno 7 injekcij.

**Rezultati.** Vse miške so prestale prav dobro malo operacijo, večina je kazala o priliki naravne smrti jasne starostne znake. V dveh slučajih od 21 se je ugotovil tumor in sicer v obeh prav razširjena sarkomatoza. V slučaju M 25 je moja diagnozo limfosarkoma g. prof. B. Fischer-Wasels, Frankfurt a/M. točneje preciziral v levkosarkomatozo, tudi drugi slučaj je prvemu prav podoben.

Kratki patološko-anatomski izvidek se glasi:

**M 17:** Dorzalno od leve ledvice sivordeč tumor v velikosti malega fižola, kavdalno od njega so precej povečane retroperitonealne bezgavke, ki soglašajo ž njo tudi v barvi, prav tako tudi bezgavke v mezenteriju. Metastaze (?) v jetrih. Aksilarne in dimeljske bezgavke so tudi povečane. Mikroskopsko so navedeni organi infiltrirani z majhnimi in velikimi okroglimi stanicami, ki strukturo organa skoraj docela ali popolnoma zabrišejo. Stanice prodirajo brezobzirno v okolno tkivo prizadetih organov, naj bo to pankreatično tkivo ali progasta muskulatura ali mast itd. Dozdevne jetrne metastaze so se izkazale v mikroskopski sliki za nekroze.

**M 23:** V splošnem se tu sklada izvidek s prejšnjim s to razliko, da je iz mezenterijalne bezgavke izhajajoči in v trebušno slinavko proraščajoči tumor hemoragičen. Nekatere blastomsko izpremenjene bezgavke so trdnjše, druge bolj mehke. Vendar se mikroskopska slika v splošnem ujema.

**Vrednotenje izvidkov.** V blastomski literaturi čujemo, da so se dosegli po heteroplastični vsaditvi bul histološko novi tumorji. Blumenthal pa nam poroča, da se mu je posrečilo presajanje tumorjev s krvjo blastomske živali. Le-ti poskusi so se nanašali na bule pri miših in podganah in je bil uspeh tem zanesljivejši, če je rabil avtor strjeno kri. Blumenthalovi poskusi so mi bili neznani, ko sem pričel z lastnimi poskusi. Mene je mikalo, če se ne bi našla morda analogija s ponovno uspelimi eksperimenti z Rousovimi tumorji pri piščetih in če se ne bi dala ta metodika izrabljati za biološko določanje blastomov.

Priznati moram, da se mi zdi razlaga mojih rezultatov precej težka. Nimam za enkrat namena, da bi vknjižil 10% pozitivnih slučajev, ker še ne morem podati zaključne besede. Temveč poskusimo razlagati rezultate z obeh vidikov, prvič, da so se poskusi posrečili in drugič, da ni računati z eksperimentalnim uspehom. Vzemimo, da je z vso verjetnostjo dognano, da se dajo izzvati pri sivih miškah tumorji (blastoza) s krvjo človeškega blastomca, moramo temu predpostavljanju takoj dodati čisto pravilni sklep, da utegne biti kri poljubnega blastomca blastogena za poedinca iste, da celo tuje vrste. Mnogo važnejši kot ta teoretični sklep pa bi bil drugi praktični, da ni kri za blastom obolelega individuja za druge indiferentna.

Načelnih težkoč mi ne bi delal ugovor, češ, da izzvani blastom histološko ne soglaša s prvotnim, ker so bili vsi bolniki nositelji karcinoma. Literatura razpolaga že z velikim številom takšnih slučajev, da je presaditvi karcinomskega materiala sledil sarkom.

Nadaljnje transplantacije mojih tumorjev na miške so se mi izjalovile, dočim poroča Korteweg o uspeli presaditvi. Nemožnost presaditve bi pričala bolj za spontane tumorje.

Ako pa tajimo eksperimentalne uspehe in jih smatramo v celoti za spontano nastale, bi bilo s tem prispevkom tudi nekaj pridobljenega, ker se je ž njim obogatila blastomska kazuistika. Res je, da se tu odvijajo številni vzporedni problemi, ako niso sedaj tumorji v zvezi z rejo živali, s trakuljami itd., kajti mi vendar ne nameravamo črtati vseh činiteljev iz etiologije blastomov, ker to ali ono mora biti vendar povod za njih razvoj. S tem, da prištejemo te slučaje k spontanim tumorjem, uvedemo v problem neznancko, s čimer se od prave rešitve le oddaljimo.

Po mojem mnenju ni mogoče podati točnega odgovora, ali sta to spontana ali eksperimentalna tumorja, to pa smem vendar z gotovostjo izjaviti, da ni prenos blastomov po tej poti še dokazan ali verjeten.

Nekaj dni po zaključitvi te serije pa mi je poginila siva miška s posplošeno levkosarkomatozo kakor v omenjenih dveh poskusih, ampak živalica, ki je bila preparirana z zmesjo katrana in olivnega olja (M 55). Ta slučaj je tem zanimivejši, ker je prišel takorekoč še o pravem času, da ne bi zavedel človeka na napačno sled. Pri tej miški

je zlasti prizadet mezgovni aparat, tako v bezgavkah kakor v vranici in so prav posebej povečane retroperitonealne bezgavke. Zlohotni karakter te blastoze se kaže v multilokularnem nastopu in brezobzirni infiltraciji okolnega tkiva. Tako je prišlo do splošne sarkomatoze, ne da bi se za to moglo dolžiti ev. tumorski material.

Po mojem mnenju je najbolj verjetno, da je v vseh treh slučajih pripisati blastozo kroničnim toksičnim inzultom (morda parazitarnim). Težko je tajiti alteracijo celotnega limfatičnega sistema, akoravno so se različne bezgavke izpremenile v razni meri.

Končno bi pa hotel še zavzeti stališče napram L. Heidenhainovemu slučaju (pankreatični tumor str. 95). Takšno infiltracijo pankreasa beležim v vseh treh slučajih, navzlic tem se nisem smatral za upravičenega govoriti o pankreatičnem kot izhodnem tumorju, temveč si razlagam to infiltracijo pankreasa kot kontinuirno prodiranje tumorskih stanic v bližnje žlezno tkivo. Nekaj analognega vidim v enem svojih slučajev pri ustnih slinavkah, ko prekorači blastomsko izpremenjena bezgavka svoje naravne meje in vdira v bližnjo slinavko. Zaradi analogije pa tudi ne morem priznati L. Heidenhainovih razlogov, ki vidi v vseh svojih slučajih uspelo presaditev blastomov. (Zaključeno aprila 1951).

Iz infekcijskega oddelka obč. drž. bolnice v Ljubljani.

## Preprečevanje retour-slučajev pri škrlatinki.

Dr. V. Meršol.

Znano je, da v epidemiologiji raznih nalezljivih boleznih klicenosci igrajo veliko vlogo. Oni predstavljajo neprestano latentno nevarnost, da se pojavijo novi slučajji bolezni in da eventuelno izbruhne epidemija. To se dogaja v prvi vrsti pri difteriji, trebušnem tifusu in paratifusu, meningitis cerebrospinalis epidemica, dizenteriji in nekih drugih infekcijskih boleznih. Pri nalezljivih boleznih z znano etiologijo se klicenosci lahko dokažejo z bakteriološkimi in epidemiološkimi metodami. Težje je to pri boleznih neznanne ali negotove etiologije, kjer nam je v glavnem samo epidemiologija kažipot, ki nam z večjo ali manjšo gotovostjo pokazuje klicenosca.

Tudi pri škrlatinki se je že davno iz epidemiologije sklepalo, da morajo obstojati klicenosci, bakteriološki pa se je začelo pretesati to vprašanje šele v zadnjih letih. Najprej so seveda preiskavali to oni autorji, ki so smatrali, da je hemolitični streptokok povzročitelj škrlatinke. V zadnjih časih so se jim pridružili tudi drugi, ki priznavajo, da hemolitični streptokok igra pri škrlatinki, ako ne edino, pa vsaj glavno vlogo.

Kot pri drugih infekcijskih boleznih, tako bi bila tudi pri škrlatinki ugotovitev klicenoscev posebno važna radi predvzemanja mer, da se preprečijo takozvani „retour-slučajji“ (return cases, Heimkehrfälle). Dogaja se namreč večkrat, da se v družini z več otroci ali v šoli pojavi en slučaj nalezljive bolezni, na pr. difterije, škrlatinke ali trebušnega tifusa. Ta slučaj uradni zdravnik izolira v domu ali pa ga pošlje v bolnico. V slučaju ozdravljenja bolnika se isti po gotovi dobi pusti iz izolacije, ako je bil doma, ali pa se vrne iz bolnice, kar je



navadnejše, in pride zopet v stik z brati in sestrami ali v šoli z drugimi otroci. Tu intam se po pretečenju dobi inkubacije pojavi nov slučaj iste bolezni v družini ali v šoli in mi govorimo o retour-slučaju. Izvor infekcije za novo obolenje predstavlja seveda rekonvalescent, ki se je vrnil domov iz bolnice ali bil puščen iz izolacije doma. Večkrat se o taki priliki govori, da krivico za nov slučaj nosi bolnica oz. zdravnik, ki je rekonvalescenta po škrlatinki prezgodaj proglasil za zdravega.

Poglejmo, kaj nam v pogledu odpuščanja bolnikov po škrlatinki iz bolnice ali izolacije predpisujejo veljavni zakoni in pravilniki.

V svrhu preprečevanja retour-slučajev in drugih novih slučajev je Ministrstvo socialne politike in narodnega zdravja izdalo Pravilnik o kontroli rekonvalescentov in klicenoscev, v katerem stoji:

Čl. 2. Radi pravilne kontrole rekonvalescentov morajo uprave bolnic in ordinirajoči zdravniki izven bolnic pošiljati v teku rekonvalescence v razdobju po pet do sedem dni potrebnj materijal za bakteriološko preiskavo v najbližji Zdravstveni dom ali Higijenski zavod in to uvajati v bolniške liste. V slučaju treh sledečih si negativnih izvidov se bolnik lahko pusti iz bolnice kot zdrav.

Čl. 5. V slučaju pozitivnega bakteriološkega izvida se rekonvalescent in klicenosci kuge ali kolere, čeprav so klinično popolnoma zdravi, zadrže v bolnici ali izolaciji, dokler se popolnoma ne osvobodijo kužnih klic.

Rekonvalescenti in klicenosci po drugih boleznih (dizenterija, tifus, paratifus, difterija, itd.), ki še po označenem roku izločajo klice, se smejo sicer odpustiti iz bolnice, izolacije ali odjaviti, vendar samo pod pogojem, da uprava bolnice ali ordinirajoči zdravnik o tem obvesti pristojni Higijenski zavod ali Zdravstveni dom in pristojnega zdravnika (srezkega ali občinskega), na katerega teritoriju se nahaja bolnik. Od dne tega obvestila bolnik spada pod zdravstveno nadzorstvo.

V tem pravilniku škrlatinka sploh ni omenjena, oziroma se lahko šteje med druge bolezni. V tem slučaju bi se sluz tonzil in nosa ter gnojna sekrecija iz ran, kakor tudi urin pri nefritisu moral dati preiskati na hemolitične streptokoke. Kot je razvidno iz pravilnika bi se kljub pozitivnemu rezultatu po trikratni preiskavi tak rekonvalescent lahko odpustil iz bolnice domov in o tem obvestil uradni zdravnik. Vendar ta preiskava ni izrecno zahtevana.

Na dobo odpuščanja bolnikov iz bolnice bi se lahko nanašal tudi čl. 2. pravilnika o zatiranju nalezljivih boleznj po šolah, ki se glasi:

„Na nalezljivih boleznih obolelemu in od obiskovanja šole začasno izključenemu učencu se more ponovno dovoliti dohod v šolo ob naslednjih pogojih:

pri škrlatinki, da je doba luščenja minula in da nikakih znamenj bolezni ni več na učencu.

Medtem ko ta pravilnik jasno predpisuje bakteriološko preiskavo pred odpuščanjem nekaterih drugih klicenoscev iz zdravstvenega nadzorstva, se to za škrlatinko ne omenja iz razloga, ker povzročitelj škrlatinke ni z gotovostjo dognan.

Drugih predpisov o odpuščanju rekonvalescentov po škrlatinki iz bolnice ali izolacije v naši državi ni. V splošnem pa se prakticira v večini naših bolnic izolacija 6 tednov, poleg tega se navadno posebno

pazi, da je bolnik oluštěn. Samo v sluĉaju teŹjih komplikacij s po-  
viŹanjem temperature se pacient zadrŹi dalj ĉasa v bolnici.

Kolikor mi je znano, se v naŹi drŹavi v nobeni bolnici rekonva-  
lescenti pred odhodom domov sistematiĉno ne preiskujejo na hemo-  
litiĉne streptokoke ter odpuŹanje iz bolnice ni vezano na negativen  
rezultat take preiskave.

Zanimalo nas bo, kakŹni predpisi veljajo glede izolacije bolni-  
kov pri Źkrlatinki v nekaterih drugih drŹavah.

Kar se tiĉe Nemĉije, je v Prusiji do l. 1927. veljal predpis,  
da pri Źkrlatinki preneha izolacija, ko bolnik „ozdravi“. Kdaj se bol-  
nik ima smatrati zdravim, ni bilo toĉno oznaĉeno. L. 1927. so ta pred-  
pis v toliko spremenili, da se uĉenci smejo puŹcati po Źkrlatinki po-  
novno v Źolo Źele, ko je minilo vsaj 6 tednov po zaĉetku bolezni.  
L. 1928. je bil izdan nov pravilnik, ki predpisuje, da se bolnik po Źkr-  
latinki sme izpustiti iz izolacije (bolnice), ako so minuli vsi kliniĉni  
znaki Źkrlatinke — brez ozira na desquamacijo in trajanje izolacije  
— in ako je bil pregled sluzi iz Źrela na hemolitiĉne streptokoke tri-  
krat v razdobju 2 dni negativen.

Zanimivo je, kako je vplivalo izvajanje te odredbe na pojavlja-  
nje retour-sluĉajev. O tem piŹeta v „Münchener Med. Wochenschrift“  
Dr. Richter in Dr. Siever, ki poroĉata o tozadevnih rezultatih vse-  
uĉiliŹne klinike za otroŹke bolezni v Kōlnu. Od skupno 737 bolnikov,  
ki so bili v teku dveh let (1929, 1930) odpuŹeni kot zdravi domov, jih  
je 54 (= 4.61%) inficiralo po vrnitvi domov svojo okolico in bilo  
vzrok 46 retour-sluĉajem. Samo pet (10.9%) rekonvalescentov je bilo  
odpuŹenih iz bolnice s pozitivnim izvidom na hemolitiĉne strepto-  
koke, ostalih 29 pa z negativnim rezultatom, kljub temu so bili po-  
slednji vzrok devet desetnam novih infekcij. BakterioloŹko preiska-  
vanje na hem. streptokoke torej ne more biti merodajno za odpu-  
Źanje ali neodpuŹanje rekonvalescentov po Źkrlatinki iz bolnice  
ali izolacije.

Velika veĉina ( $\frac{9}{10}$ ) klicenoscev-povzroĉiteljev novih infekcij —  
je imela komplikacije, v prvi vrsti otitis media in rhinitis. Ti sluĉaji  
so povzroĉili  $\frac{3}{4}$  novih infekcij. Za ostale infekcije so odgovorni slu-  
ĉaji z nephritis, lymphadenitis, endocarditis (z angino) ali pa latentno  
komplicirani. Rekonvalescenti po Źkrlatinki brez komplikacij za  
povzroĉitev novih infekcij praktiĉno ne pridejo v poŹtev.

Tudi dolgotrajna izolacija veĉkrat ne more prepreĉiti pojavitve  
retour-sluĉajev, ki so nastopili po sluĉajih z uŹesnimi komplikaci-  
jami tudi po 4 meseĉni izolaciji.

Po mnenju Richterja in Sieverja za odpustitev bolnikov po Źkr-  
latinki domov ni merodajen bakterioloŹki izvid, tudi ne doba izolacije  
(6 tednov), ampak predvsem komplikacije oziroma kliniĉni izvid pred  
odpuŹanjem.

Do istega rezultata je priŹel Seligmann v Berlinu.

V Franciji je Conseil supĉrieur d'Hygiĉne publique l. 1928 iz-  
dal predpis za prepreĉevanje Źkrlatinke. Tu se ponovno opozarja na  
pravilnik iz l. 1912., ki predpisuje 40-dnevno izolacijo sluĉajev Źkr-  
latinke, kar pa je po mnenju Conseil-a veĉkrat premalo. Priporoĉa  
se pasivna imunizacija okolice bolnika.

V U. S. of America veljajo glede izolacije pri Źkrlatinki v raznih  
drŹavah razni predpisi, ki se v sploŹnem strinjajo v tem, da je treba

klinične slučaje škrlatinke brez komplikacij izolirati 4—5 tednov po začetku bolezni brez ozira na desquamacijo. V slučaju komplikacij se smatra, da je bolnik infekciozen ves čas, dokler traja gnojna sekrecija ali nephritis. V nobenem slučaju pa ne sme trajati izolacija več kot tri mesece (New York).

V bolnici za infekcijske bolezni v Chicagu že od l. 1925. preiskujejo pred odhodom iz bolnice sluz žrela in nosa ter gnojne sekrecije rekonvalescentov na hem. streptokoke.

Dr. Richardson (Providence) je na podlagi dolgoletnihkušenj prišel do rezultata, da kljub vsem predvzetim meram pri odpuščanju rekonvalescentov po škrlatinki iz bolnice ali izolacije vendarle nekateri (5—5%) ostanejo klicenosci in povzročajo retour-slučaje.

V večini ameriških bolnic sem imel priliko opaziti, da strogo ločijo rekonvalescente po škrlatinki od novodošlih, ravnotako tudi slučaje s komplikacijami od slučajev brez njih. Empirično in statistično se je dokazalo, da tudi lahki slučaji lažje dobe komplikacije, ako se nahajajo v isti sobi s težkimi, kompliciranimi slučaji. Zato se priporoča v začetnem stadiju in pri slučajih s komplikacijami imeti čim manjše število bolnikov (5—5) v eni sobi. Za rekonvalescente brez komplikacij pa so v dobro urejenih bolnicah v raznih državah odredeni posebni prostori (v Nemčiji „Entlüftungs-stationen“), tako da se na eni strani po možnosti osvobodijo lastnih hem. streptokokov, ki postanejo vsaj avirulentni, na drugi strani pa se ne morejo ponovno inficirati, ker ne pridejo v stik z novimi bolniki, ter je radi tega manj verjetno, da bodo po odhodu iz bolnice ostali klicenosci povzročitelji škrlatinke. Da se more to stalno vršiti, so seveda potrebne prostorne bolnice s številnimi sobami.

Večinoma so mere, katere posamezne države predvzemajo v svrhu preprečevanja retour-služajev, enostranske, ker se polaga glavna važnost na to, da bolnik-rekonvalescent prestane biti infekciozen, vse premalo pa se pazi na drugo stran tega vprašanja: da je potrebno za časa izolacije bolnika poskrbeti za njegove domače in okolico, ki bode po vrnitvi rekonvalescenta iz bolnice ali po završeni izolaciji zopet prišla z njim v dotiko ter se bode eventuelno inficirala. Med domačimi ali v okolici bolnika je treba predvsem poiskati tiste, ki so posebno sprejemljivi za škrlatinko, ter jih imunizirati ali pa preprečiti, da v prvih tednih po vrnitvi bolnika ne pridejo z njim v stik.

Za časa bivanja v Vardarski banovini sem imel dovolj prilike baviti se s problemom zaščite okolice pri pojavu škrlatinke v raznih krajih te banovine. Najprej smo uporabljali pasivno imunizacijo. Zdravim bratom in sestram bolnega otroka smo dajali preventivno 10 ccm animalnega antitoksičnega seruma. V slučaju, da smo bolnega otroka mogli kje izolirati (pri odraslih sorodnikih, ki niso imeli otrok), pri veliki večini otrok, katerim smo dali serum, ni nastopila škrlatinka za ves čas izolacije. Pač pa je nastopilo več slučajev po vrnitvi bolnika-rekonvalescenta domov. Nasprotno smo videli v slučajih, ako bolnega otroka ni bilo mogoče izolirati, da se je v isti hiši pri večini otrok, katerim smo dali preventivno serum, po 10—21 dneh pojavila škrlatinka, čeprav navadno v mnogo lažji formi. Prišli smo do zaključka, da pasivna imunizacija traja samo nekaj tednov in ne more preprečiti retour-služajev.

Mnogo boljše rezultate nam je dala aktivna imunizacija zdravih otrok v okolici, tako da smo na ta način ne samo preprečili širjenje epidemije v vasi, ampak mnogokrat tudi pojav novih slučajev kakor tudi retour-slučajev v isti hiši. (Vidi Zdravniški Vestnik 1929.)

O priliki epidemije škrlatinke v l. 1928. v Zagrebu smo imeli relativno precej veliko število retour-slučajev. Poskušali smo to preprečiti na sledeči način: V sporazumu z mestnim fizikatom smo obiškali družine z več otroci, od katerih je eden obolel na škrlatinki in bil premeščen v Bolnico za nalezljive bolezni, ostali pa so bili zdravi ter izolirani doma. Pregledali smo na ta način 520 otrok. Pri vseh otrocih smo napravili Dickovo reakcijo. Pozitivno je reagiralo 208 otrok, negativno 112. Dvanajstotico pozitivnih otrok smo na željo staršev pasivno imunizirali (z 10 ccm nekonzentriranega antitoksičnega seruma). Od teh je po vrnitvi brata iz bolnice eden zbolel na škrlatinki. V ostalih družinah smo predložili staršem, da jim po končani dobi inkubacije (8—10 dni) lahko aktivno imuniziramo otroke, ki so pozitivno reagirali, proti škrlatinki, tako da bo po preteku 6 tednov, ko se bo bolni otrok vrnil iz bolnice domov, imunizacija že završena. Na naš predlog so pristali starši 102 otrok, starši ostalih 94 otrok niso pristali. Redno je hodilo na imunizacijo 85 otrok, ostalih 19 otrok je prenehalo hoditi po I. oziroma po II. dozi.

Rezultat imunizacije je bil, da so se med 94 Dick pozitivnimi slučajih, katerih nismo imunizirali, pojavili 3 retour slučajih; med 19 otroci, ki so prejeli samo prvo, oziroma drugo injekcijo, smo imeli en retour slučaj; med 85 otroci, ki so prejeli tri doze, pa se ni pojavil noben retour slučaj. Navajam samo fakta, ki gotovo ne govore proti aktivni imunizaciji okolice. Za kakšna bolj določna izvajanja in zaključke pa je število imuniziranih in neimuniziranih v tem slučaju premajhno.

Znano je, da otroci, pri katerih se često pojavlja angina ali imajo kronično rhinitis, navadno „inklinirajo“ k difteriji oziroma škrlatinki mnogo bolj kot drugi zdravi otroci. Zato bi se moralo predvsem take otroke zaščititi ali pa jim preprečiti stik z bolniki in rekonvalescenti po škrlatinki. Zdravnik, ki pošilja bolnika v bolnico ali ga izolira, bi moral misliti tudi na to, kako bi zaščitil okolico, ko se vrne rekonvalescent iz bolnice domov, da se ne bodo pojavili retour-slučajih.

Po lastni skušnji in na podlagi referatov ameriških in nemških epidemiologov smatram, da bi za zdravljenje slučajev škrlatinke v bolnicah in preprečevanje novih slučajev po vrnitvi domov bile primerne sledeče smernice:

1. V bolnici ločiti nove slučaje od rekonvalescentov.
2. Istotako tudi ločiti slučaje s komplikacijami od onih brez komplikacij.
3. Puščati nekomplicirane slučaje domov že oziroma šele po preteku 5 tednov po začetku bolezni brez ozira na desquamacijo. Proglasiti nekomplicirane jasne slučaje škrlatinke za zdrave pred končanimi 4 tedni in jih odpustiti domov ali iz izolacije v splošnem ni umestno, ker je znano, da pri škrlatinki pri večini slučajev obstoja II. doba bolezni (II. Kranksein), ki nastopa navadno med 18.—25. dnevom, včasih pa tudi pozneje.
4. Slučaje s komplikacijami: angina, otitis, rhinitis, rhinopharyngitis, lymphadenitis, nephritis, endocarditis, rheumatoid etc. zadržati

v bolnici, dokler komplikacije ali vsaj njih akutnejši simptomi in gnojne sekrecije ne minejo, ker je znano, da se po preranem odpušcanju takih rekonvalescentov najbolj pogosto javljajo novi slučajji. To traja navadno 6—10 tednov. Ako komplikacije le predolgo trajajo in se bolnik odpusti domov pred popolnim ozdravljenjem, tedaj treba v odjavi obvestiti o tem sreskega san. referenta ozir. mestno san. upravo in pristojni Higijenski zavod ali Zdravstveni dom, ker rekonvalescenti s komplikacijami pravzaprav predstavljajo pri škrlatinki prave klicenosce, ki po pravilniku spadajo pod zdravstveno nadzorstvo.

5. Priporočiti staršem ali domačim, naj pazijo, da rekonvalescent po vrnitvi domov 10—14 dni ne pride v stik z otroci, ki še niso imeli škrlatinke, in naj toliko časa ne hodi v šolo. V slučaju neozdravljivih komplikacij (otitis, nephritis etc.) bi trajanje izolacije odredil pristojni zdravnik, pod katerega zdravstveno nadzorstvo spada otrok.

6. Za časa bivanja bolnika v bolnici ostale otroke, ki so ostali doma in ki še niso imeli škrlatinke ter še niso bili imunizirani, po končani dobi inkubacije (10 dni) aktivno imunizirati, tako da so po vrnitvi rekonvalescentov iz bolnice domov že imunizirani.

7. Vse angine pri otrocih in pri odraslih v bližnji okolici bolnika s škrlatinko smatrati za etiološko enake s škrlatinko ter izolirati ves čas trajanja ali vsaj 10 dni. Večkrat se namreč dogaja, da ima otrok škrlatinko in je poslan v bolnico, starši ali kdo drugi v hiši pa ima „samo“ angino in prosto hodi okrog ter lahko širi infekcijo.

#### Literatura:

1. Bäumlcr, Zentralbl. f. Kinderheilkunde 49. 1950.
2. Jones-Armstrong: Kentucky Medical Journal, November 1929.
3. Meršol, Zdravniški Vestnik 1929.
4. Meršol, Zentralblatt f. Bakteriologie (Originale) Zv. 111/1929, str. 227.
5. Meršol, Zentralblatt f. Bakteriologie (Originale) Zv. 112/1929, str. 35.
6. Rapport épidémiologique mensuel de la Section d'Hygiène, 1929, str. 245.
7. Richardson, Infectious diseases, Saunders Comp. 1929.
8. Richter-Sievers, Münchener med. Wochenschrift 1951, št. 51.
9. Seligmann, Deutsche med. Wochenschr. 1928/1529 in 1929/1184.
10. Stimson, Common contagious diseases, Lea Febiger 1951.

## Kofein v medicini in hrani.

Dr. Fr. Debevec:

Kofein in njegovi spoji so v številu zdravnih sredstev gotovo prav odlični člani. Težko bi jih popolnoma pogrešili ter nadomestili z drugimi zdravili.

Sleherna zdravilna snov pa postane lahko škodljiva, ako je prav ne rabimo, to je ako ne vemo, kdaj je primerno indicirana in kdaj pravilno dozirana. Zlasti to velja za rabo kofeina, tako v zdravstvu kakor v prehrani.

V naslednjem hočemo na osnovi literature in lastnih opazovanj očitati farmakološke učinke kofeina (v raznih preparatih), odrediti njegovo praktično uporabo kot zdravilo in nasladilo.

Kje in kako učinkuje kofein v organizmu? Dejstvuje na telesne organe ali a) neposredno, čim pride njegova raztopina iz krvi v dotiko z organskimi celicami, ali b) posredno vsled draženja vegetativnega živčevja, ki posreduje organsko zvezo in daje fiziološke delovne impulze iz centrale na periferijo; posredno pa vpliva kofein tudi tako, da vsled svojih farmakoloških učinkov nastale organske delovne spremembe izzovejo reaktivne posledice v drugih telesnih delih.

Neposredni kofeinski učinki se javljajo predvsem na živčevju in mišičju (obeh vrst). Najpomembnejši so vplivi kofeina v osrednjem živčevju, ki vsebuje centra za duševne funkcije, pa tudi središča za opravljanje vegetativnih opravil.

Kofein je v svojem farmakološkem svojstvu pravi razdraževalec živčevja (in mišičja). Po uživanju kofeina začutijo ljudje nemir in občutljivost; refleksi so živahnjeji; zaznavanje vanjskih utisov je lažje, asociacije predstav so pospešene. Kot razdraževalec živčnih in mišičnih celic odstranjuje kofein pojave in občutke utrujenosti, zaspanosti, pa tudi hromeče učinke po otrovanju z različnimi živci in mišice hromilnimi strupi (alkohol itd.); kofein je odlično sredstvo proti kolapsu srca in ožilja. Hipne slabosti, omotica in nezavest, ki so nastali po živčnih pretresih in ki so posledica preobilega odgona krvi v reflektorno razširjene žile abdomena (zlasti črevesja), zginajo po injekciji kofeina.

Čim večja je doza kofeina, čim izrazitejša je individualna živčna in mišična (sploh: stanična) občutljivost, dovzetnost zanj, tem jačji so potem njegovi dražeči učinki, ki se morejo pri rastočih dozah stopnjevati v jasne toksične pojave, zlasti psihične in srčne (tahikardija, šibke sistole, aritmija in končno prestanek utripanja v diastoli).

Male in srednje doze še najverneje izzivljajo koristne farmakološko uporabne efekte. Ti so — poleg psihičnih komponent — najbolj opazni na življenjsko važnih vegetativnih centrih osrednjega živčevja: za vasomotorje (zoževalce in razširjevalce), dihanje itd. Kofein v zmernih dozah oži, skrčuje žile, zlasti one v območju n. splanchnici (črevesne žile!). Zato krvni pritisk naraste. Istočasno razdraženi vagusov živčni center po zmernih kofeinskih dozah (0.10—0.5 Coff. natr. benz.) povzroča bradikardijo.

Večje doze izzovejo vsled neposrednih organskih vplivov razširjenje gotovih žilnih področij (v ledvicah, art. coronariae na srcu, žilice možgan, kože), tlak krvi potem raje pade, a mesto bradikardije nastopi neposredno na srcu izzvana tachikardija. Pri tem pa posamezne srčne sistole na delovni efektivnosti zglobljajo, ker šibke diastole onemogočajo izdatno zajemanje krvi (kakor to vidimo po zdravljenju z Digitalis-om).

Doze, ki opisane učinke povzročajo, so individualno različne.

Centralno kofein draži in pospešuje dihanje, potom centra za uravnavanje telesne toplote, mogoče tudi z draženjem telesnih celic samih, povišuje temperaturo telesa (v farmakol. dozah do 1° C).

Kako vpliva kofein lokalno, neposredno na organe? Tudi tu excitira celice. Napojimo mišično vla-

kence v kofeinski raztopini in opazujemo kontrakcije! Skrčitve so večje in skrčevalna doba daljša. Hribolazcem, telesno in duševno utrujenim in onemoglim ljudem stori zato čašica črne, prave kave dobro, razen, če niso za kavo konstitucionalno preobčutljivi. Razlika je v takšnih slučajih med kofeinom in alkoholom. Kofein draži trajno v istem pravcu, alkohol razdražuje le v malih količinah, v večjih pa hromi ožilje in druge organe. Pri zastrupljenju z alkoholom dajemo kot protisredstvo kofein! Naravno, tudi doze kofeina imajo svoje meje, tudi on v visokih odmerkih vpliva toksično, zastrupljevalno.

Na srcu pridejo do izraza tako centralni vplivi kofeina kakor tudi neposredno učinkujoči, bodisi na lokalnem srčnem živčevju in v mesnem sistemu (His-Tawara-Purkyne itd.), bodisi na srčnem mišičju. Povsod tod kofein excitira, podražuje, predvsem intrakardialne končiče simpatika, n. accelerantes. Zato tahikardija, razen skraja, ko še prevladuje n. vagus. Obenem je kontraktilnost srčnih mišic olajšana in pospešena, a diastolično zajemanje je slabše.

Nadaljni vpliv kofeina na srcu se pojavlja pri malo višji farmakološki dozi — v razširjenju art. coronariae; posledica tega pa je boljša krvna aprovizacija vsega organa, kar je gotovo v prid delavnosti srca.

Vplivi kofeina na žilni sistem so večjidel centralni. Lokalni učinki pridejo v ožilju do izraza pri malo višji farmakološki meri (slično kot pri art. coronariae) v ledvicah, možganih ter deloma tudi v drugih periferno ležečih žilicah. V vseh teh pride do razširjenja žilnih stenk in do boljšega krvnega obtoka. Pa tudi dejstvo, da se — vsled centralnih vasomotornih vplivov — na kofein skrčijo zlasti žile iz območja n. splanchnici, bi moglo igrati pomembno vlogo v odgonu krvi iz abdomena na periferijo (v literaturi te možnosti nisem našel omenjene).

Razumljivo je, zakaj služi kofein kot diuretikum: pospešuje krvni obtok, dilatira ledvične arterije, najbrž tudi draži celice za izločanje seči neposredno.

Pojmljivo je nadalje, zakaj kofein v kavi po obedu prežene zaspanost, „težko“ glavo, pri ljudeh z abnormno nizkim tlakom: skrčuje črevesne žile in odganja kri od ondot v dilatirane krvne cevi možgan in drugam.

Možno nam je tudi razumeti hrepenenje starih mamic po mlečni kavi in čaju. So to hraniva in nasladila, za katera ne trebajo zob, jih lahko prebavijo, čutijo po njih — vsled skromnih primesi coffeina in teina etc. — večjo živahnost vsled živčnih excitacij in boljšega krvnega obtoka v ostarelem, večkrat asteničnem telesu. Znatne količine kofeinskih in sličnih snovi bi seveda tudi njim škodile.

Od kraja po kofeinu prevladuje centralni vpliv zoževanja vseh arterij; s tem v zvezi je povišanje tlaka. Pozneje pa prevlada lokalni vpliv, tako, da se kljub odporu iz centrov ven le razširjajo gotova arterialna področja telesne periferije. Na katero dozo reagira poedinec v tej ali oni smeri, o tem odloča individualna občutljivost. Pri migreni (= arterialni krči v možganih) n. pr. ne pride pri bolnikih (ozir. bolnicah) na enako dozo kofeinovega preparata do dilatacije prizadetih žil in s tem do prestanka bolečin.

Lokalno neposredno vpliva kofein na mišice same, več njih delovni efekt, kar je v prid v slučajih utrujenosti, ko moramo še delo nadaljevati. Pri spočitosti bi takšni medikamentozni impulzi brez potrebe vzpodbujali v še večjo aktivnost, kar bi gotovo bilo v škodo organizma, posebno pri trajnem uživanju visokih doz nasladila.

Dandanes poglavitne indikacije za uporabo kofeinskih preparatov kot zdravila so sledeče: kolapsi in razne podobne manj težke slabosti srca in ožilja; kot antidot se kofein uporablja zlasti proti strupom, ki toksično hromijo osrednje živčevje ali srce (alkohol, narkotične snovi itd.); migrenski glavoboli (navadno v kombinaciji z drugimi medikamenti; pospeševanje diureze (v zvezi z drugimi diuretiki); asthma bronchiale in cardiale.

Kdaj je podana kontraindikacija, bomo omenili pozneje.

Kofein pa ni le uvrščen v skladišče lekarnarja, temveč on in njegovi kemični vrstniki prihajajo v naše telo tudi v obliki nasladil (kave, čaja, kakava). Vprašati se moramo: Ali redno uživanje teh alkaloidnih nasladil ne škoduje ljudskemu organizmu? Čuli smo že o toksičnih posledicah po obilnejšem užitku kofeina (nemir, splošna živčna občutljivost, naglo bitje srca, glavobol, omotica, ojačenje refleksov, tresenje rok, povišanje krvnega pritiska itd). Skodelica dobre, prave črne kave vsebuje ca 0.1 g Kofeina, torej običajno terapijsko dozo (ki znaša 0.1 g za sam kofein; 0.2 g je zanj maksimalna enkratna doza, 0.6 g pa maksimalna dnevna količina); pri coffein natr. benz. ali natriosalicyl. je enkratna doza višja, terapijska do 0.5 g (maksimalno!), pro die 1.50 g maksimalno. V praksi se uporabljata večinoma coffein natr. benz. in salicyl., običajna njihova enkratna doza je 0.1 do 0.3 g. Semintja pri raznih zdravilnih kombinacijah se zapišejo tudi znatno nižje doze- 0.05 g in več.

Za splošno zdrave ljudi trdnega živčevja, ki nimajo posebne individualne občutljivosti napram kofeinu, doza 0.1 g samega Coffeina v močni kavi še ni prehuda. Ne gre pa piti za poredoma takšne porcije, (n. pr. v kavarni!), sicer se bodo toksične posledice brž čutile. Še manj je umestno trajno vsak dan, po večkrat dnevno piti brez nujne potrebe takšno pravo močno kavo. Močna kava naj se pije le bolj za zdravilo in le po 1 skodelico (n. pr. pri napornem duševnem delu, v gorovju na turah, pri migreni, pri raznih srčnih slabostih, zoper strupene vplive obilega užitega alkohola itd.). Dejstvo pa je, da se ljudski organizem sčasoma privadi tudi trajnemu uživanju močne kave (Turki, Arabci!). Ideal nam pa to ne sme biti!

Nekaj drugega je uživanje (n. pr. za zajtrk) šibke in mlečne kave, event. pomešane z žitno kavo. Tu so (iz ozirov varčevanja!) kofeinske količine prav male (cenim jih od 0.001 do 0.05 g). Tu se ni bati pojava resnih strupenih posledic. Najdejo se pa celo takšne izjeme individualne občutljivosti, da jim tudi te kofeinske količine škodijo.

Splošno higiensko pravilo bodi: Čim manj živčnega draženja! Dandanes živimo v časih neprestanega živčnega izzivanja. Časopisi so polni kriz, ubojev, atentatov; po cestah delajo hrup avtomobili, po zraku aeroplani, človek je od vseh strani na razne načine nadlegovan. Zaželimo si miru, tišine, izogniti se hočemo nepotrebnemu živčnemu draženju na ta ali oni način. Tudi z obilnim kofeinom si



# SANABO-CHINOIN

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

Wien, I., Johannesgasse 2 • Telefonska številka R 22-4-37

# Hogival

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

## Injekcije

25 ali 100 mišjih enot po Allen-Doisy-ju v vodeni raztopini

## Tablete

12, 100 ali 300 mišjih enot

Pod stalnim biološkim nadzorstvom prof. dr. Roberta Meyer-ja, Berlin

### Indikacije:

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

Vzorci in literatura na zahtevo.

---

---

vstvarjamo nervoznost in nerazpoloženje. Napravimo red tudi v tej smeri!

Tvorniško proizvajanje brez kofeinske (dejansko: neznanje kofeinske) kave je gotovo znatna pridobitev. Prišla bo v prid vsem onim, ki jim je uživanje kave a limine kontraindicirano in zabranjeno: hipertnikom, arteriosklerotikom, neurasthenikom, histeričnim in nervoznim osebam, epileptikom, nadalje ljudem, ki so nagnjeni k boleznim snovne menjave (protinu, žolčnim in drugim kamencem itd.), ljudem z občutljivim želodcem in črevesjem, mnogim srčno bolnim, basedovikom.

Pa tudi za splošno uživanje kot nasladilo bo kavno zrnje z neznatnim kofeinom prav prišlo. Kar kavo napravi tako prijetno, je predvsem nje ugodni vonj, v drugem redu nje poživljajoči učinkini na telo, zlasti živčevje. Vprašanje nastane: Kaj stori kavno pijačo tako aromatično vonjivo, kaj vpliva v njej poživljujoče na delovno moč, vztrajnost, zbranost?

Navadna, nežgana kava vsebuje sledeče kemične snovi: alkaloid (purinsko bazo) Coffein, leguminsko beljakovino, eterična olja, tolšče, glikozide, voščeno snov, čreslovo kislino.

Pri žganju kavnega zrnja nastajajo iz legumina, sladkornih substanc, celuloznih delov aromatične snovi; v vodo preide iz žganega zrnja pri kuhanju kofein, aromatične sestavine (poleg prej omenjenih tudi kavno eterično olje), čreslova kislina.

Pri proceduri razkofeiniziranja se 96% kofeina odstrani z benzolom, izloči se nadalje vosek in nekaj drugih primesi.\*)

Na fin vonj kave vplivajo le aromatične snovi, v kolikor so pri kuhanju prešle v vodo. Oživljajoče na telo in živce vpliva tako kofein kakor aromatične primesi. Splošno se sodi, da aromatične substance vplivajo bolj psihično oživljajoče, a kofein ima poleg opisanih centralno-živčnih, pretežno vegetativnih dražilnih učinkov tudi razne periferne učinke.

Zanimivi so poskusi, kako učinkuje kava z in brez (ozir. z neznatnim) kofeinom na duševno in telesno delo. Vsekakor poskusni slučajni kofeinsko kavo bolj občutijo, a pozitivno oživljajoče vplivata obe kavni vrsti, kofeinska in nekofeinska. Psihično v smislu večje zbranosti, brzine in vztrajnosti asociacij pa vpliva kava z odvezetimi 96% kofeina efektnejše, pri čemer se morebitne neugodne posledice kofeinske kave ne pojavijo (razdraženost, motnje vasomotorjev itd.).

\*) Tvrdba HAG poroča, da se razkofeiniziranje kave HAG vrši po posebnem patentiranem postopku brez bencola.

---

---

#### Pojasnilo k prilogi.

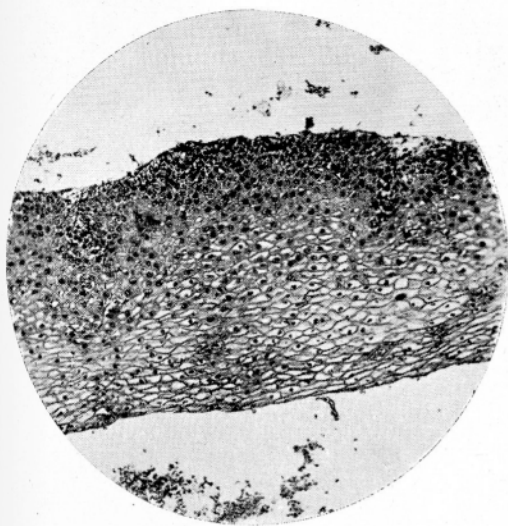
Slika I.: Izkiretiran košček. Normalen ploščat epitel. Mehurčasti zgornji stanični sloji vsebujejo glikogen.

Slika II.: Izpraskan komad. Karcinomatizen epitel z polimorfnimi in atipičnimi stanicami. Vrhni skladi brez glikogena. Poleg progastega karcinomatoznega obloga je prerezan rakast čepek.

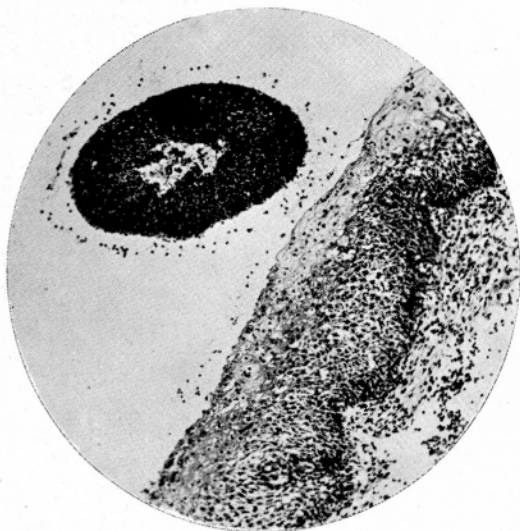
Slika IIIa: Začetni karcinom na zunanem materničnem ustju z ostrim prehodom v normalni epitel (pri mali povečavi).

Slika IIIb: Kakor IIIa pri veliki povečavi.

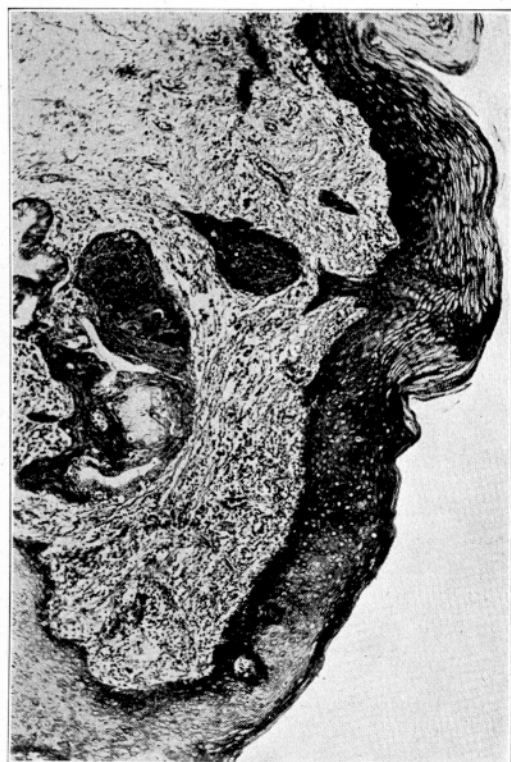
I.



II.



III. a



III. b

Za splošno uživanje kave kot nasladila se držimo tehle direktiv:

1. V mnogih slučajih je kofeinska kava z medicinskih razlogov kontraindicirana (gl. gori!).

2. Močna (ca 0.10 g Coffeina) kava je umestna le pri poedinih slučajih živčne in mišične utrujenosti, pri raznih slabostih kot excitans, pri migreni in glavobolu, kot antidot zlim posledicam alkohola itd.

Otroci naj uživajo le žitno kavo, event. prirejeno s par zrni nekofeinske kave. (Par zrn prave kave k žitni kavi gotovo še ne rodi nobenih težjih posledic, toda čemu po nepotrebnem dražiti in razvajati deco?)

3. Šibka kofeinska kava splošno zdravim odrastlim ljudem ne škodi. V šibki kavi je seveda tudi manj aromatskih snovi, zato deloma trpi okusnost.

4. Postoja individualna občutljivost napram kofeinski kavi; to občutljivost more presoditi le poedinec sam, in se potem temu primerno ravnati.

5. Za splošno uporabo v hrani in kot nasladilo je najbolje imeti na razpolago obe vrsti kave, one s coffeinom in druge brez njega. Prednost se da v tem slučaju nekofeinski kavi, ki ji po potrebi in individualni občutljivosti primešamo večji ali manjši del kofeinske kave.

6. Splošna raba kave brez kofeina bo — v indiciranih slučajih — le takrat omogočena, ko bo možno dobivati takšno kavno zrnje po pravnizki ceni.

Iz II. univ. klinike za ženske bolezni (predstojnik: prof. dr. Fritz Kermauner †) na Dunaju.

## Klinična diagnoza carcinoma portionis.

Dr. Hans Högl.

Za uspešno zdravljenje Ca portionis sta nam na razpolago samo dva načina: operacija in obsevanje. Vsi poskusi zdraviti raka s serološkimi in chemotherapevtičnimi metodami so — praktično vzeto — ostali brezuspešni.

Operativne metode so več ali manj izpopolnjene, tudi zdravljenje z obsevanjem je, kakor se zdi, doseglo vrhunec možnosti, tako da z današnjimi sredstvi ni pričakovati napredka.

Edino možnost doseči večje uspehe brez menjanja sedanjih metod predstavlja mogoče zgodnja diagnoza.

Doba zdravljenja, pa naj si bo, da rak odstranimo z nožem ali pa ga obsevamo, igra zelo važno in mogoče odločujočo vlogo; poskušati moramo operirati ali obsevati pri najbolj ugodnih razmerah, da bomo dosegli boljše uspehe.

Klinična slika najbolj zgodnjega početnega stadija, ki ga poznamo šele nekolikš let, je po naši skušnji popolnoma neznačilna. Šele pri

malo starejših slučajih se pokažeta kot prva znaka: iztok in krvavitve; bolečine pa se javljajo še pozneje.

Pojačano belo perilo se navadno niti ne opazi, zato to tudi redko slišimo od žen, ki se sicer mnogo brigajo za svoje zdravje. Sicer pa tudi pojačano belo perilo ni specifično, ker se pogosto javlja i brez Ca.

Bolnice opazijo šele krvavitve, posebno kontaktne krvavitve, ki nastopajo po izpiranju in po coitusu. Krvavitve pomeni razpad carcinomatoznega tkiva. Sekrecija je pri tem umazano rdečkaste barve in izgleda kot mesna voda. Kontaktne krvavitve so vedno zelo sumljive, čeprav nastopajo pri navidezno nesumljivih erozijah, pri polipih in pri Colpitis senilis.

Bolečine žalibog večinoma dolgo časa sploh ne nastopajo. Šele ko je rak popolnoma prerastel cervix in prehaja na okolno vezivno tkivo, ki je večkrat vneto, nastopijo pogosto močne, v noge segajoče bolečine, na eni ali na obeh straneh. Te mučne bolečine so karakteristične posebno za postoperativni recidiv v bezgavkah. Pogosto se take, po operaciji raka nastopajoče bolečine ne tolmačijo pravilno in bolezen zdravi kot ischias, posebno če se z rektalno preiskavo v pelvisu ne najdejo nikakšne abnormalne otekline. Potežkoče od strani sosednih organov (vesica urinaria, ureter, intestinum etc.) javljajo, da je rak prešel na te organe, ter da je bolezen že zelo razvita. Sepsis, uraemia in kacheksija predstavljajo zadnjo fazo.

Diagnoza razvitih oblik Ca colli uteri v splošnem ni težavna. Prejšnjo delitev v Ca portionis in Ca cervicis smo opustili. Pod Ca portionis se je razumeval rak, ki je izhajal iz pločastega epitela porcije, med tem ko je Ca cervicis predstavljal rak, ki je izhajal iz sluznice cervikalnega kanala. Danes mi govorimo samo o Ca colli uteri, ker sta Schottländer in Kermauner dokazala, da žlezni raki lahko izhajajo iz žlez, ki se slučajno nahajajo v porciji, in na drugi strani, da solidni raki lahko nastanejo iz pločastega epitela, ki se najde včasih v cervikalnem kanalu. Zato je nepravilno, ako se žlezni rak imenuje prosto Ca cervicis, a solidni rak Ca portionis. Da se izognemo tem nepravilnostim, uporabljamo za razvite karcinome, sodeč po tem, ali so žlezni ali pa solidni, izraz: „žlezni ali solidni Ca colli“. Po smeri, v kateri karcinom raste, razlikujemo exo- in endophytične karcinome: exophytičen, ako se rak širi po površini, na pr. rak v obliki zelja; endophytičen, ako se rak razvija samo v globino (dela obliko kraterjev). Pri tem treba pripomniti, da se najdejo čisto endophytične oblike, da pa vsak exophytični rak prej ali slej preide v globino. Exophytični neoplazmi imajo boljšo prognozo kot endophytični.

Tam, kjer najdemo na porciji bradavičaste ali zrnate izrastline ali pa čir v obliki kraterja, ki se nahaja mogoče mesto porcije in prehaja na vagino, tam diagnoza pač ni težka. Diferencialno-diagnostično prihajajo v obzir: nekrotični myoni, papillomi in ostri kondylomi, tbc., lues, laceracije porcije v zvezi z ektropium itd.

Za raspoznavanje endophytičnih karcinomov imamo zelo važen znak: cervix uteri je mnogo bolj debel in trd kot normalno. O širini, debelosti in trdoti colli uteri se poučimo najbolje s pomočjo recto-vaginalne preiskave.

Pa naj bo rezultat palpacije pozitiven ali negativen, vedno mora slediti preiskava z ogledalom. Ako najdemo na porciji kakšno sumljivo mesto, tedaj lahko napravimo takozvani „Chrobak-ov poskus

# JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.

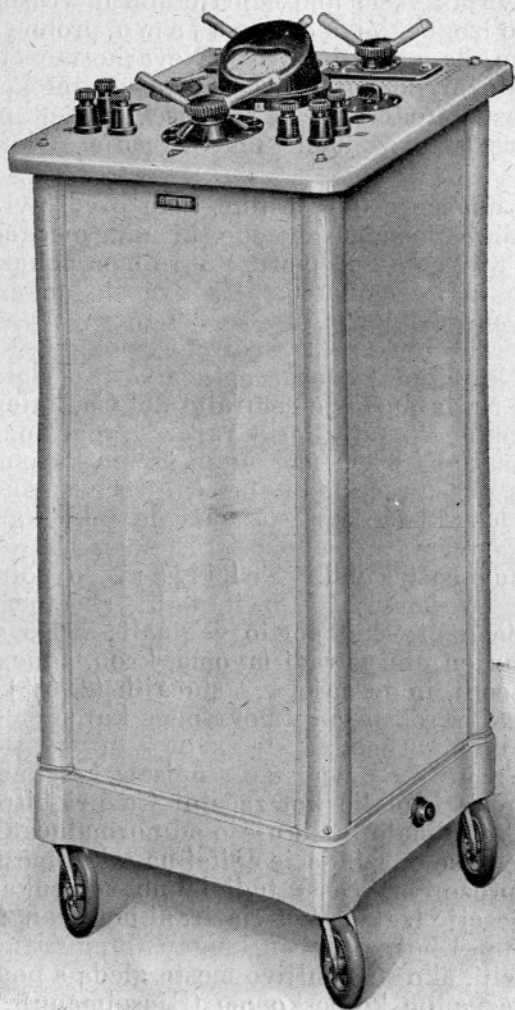
oddelek za šibki tok, Ljubljana, Dunajska cesta 1 b, palača ljubljanske kreditne banke.

Glavno zastopstvo tvrdk

**Siemens-Reiniger-Veifa, Berlin;  
Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen;  
Siemens & Halske A. G., Berlin za dravsko banovino.**



Za splošno diatermijo Thermofluks C



Za  
diatermijsko  
operacijo  
Thermoflux M

**Zahtevajte  
ponudbe oziroma brezplačen in brezobvezen obisk našega specialista!**

s sondo". Z 2—5 mm debelo gumbasto sondo se nežno pritisne na tako mesto; ako sonda prodre v globino in mesto začne krvaveti, tedaj imamo najbrž pred seboj kakšen Ca. Želim pa poudariti, da Chrobak-ov poskus s sondo sam za sebe še ne potrjuje vedno diagnoze: rak. Tudi če sonda ne prodre v globino, je vendarle lahko prisoten začetni Ca; nasprotno pa poznamo tudi celo vrsto ne karcinomatoznih sprememb na porciji, pri katerih sonda lahko prodre več milimetrov v globino. (Papilarne erozije, ovula Nabothi, follikularna hipertrofija porcije itd.)

Kot važno dopolnilo drugim diagnostičnim sredstvom nam služi *probna excizija*. V prejšnjih letih se je ta izvajala le prepogosto, sedaj jo pa uporabljamo na naši kliniki le izjemoma. Pri tem je treba delati popolnoma aseptično in imeti dovolj skušnje, da se najde pravo mesto za excizijo. Excizija na nepravem mestu je že pogostokrat imela usodepolne posledice. Včasih nastopajo tudi nevarne krvavitve. Vendar se strokovnjak vsem tem neprijetnim in včasih usodepolnim posledicam lahko izogne. Mi ne izvajamo probne excizije radi tega, ker smatramo, da ni neškodljiva. Nevarnost excizije obstoja pri ne karcinomatozni porciji v „ascendirajoči infekciji“, pri Ca. pa istotako v možnosti infekcije in pa v konsekutivnem poslabšanju raka. Tudi pri nas smo že imeli take slučaje. (Kermauner, Heidler.)

Največji napredek današnje diagnostike raka predstavlja zgodnja diagnoza. Mi dandanes poznamo metode, ki nam omogočajo poznanje Ca, ki ima komaj 1—2 mm v premeru. Pot so nam pokazala opazovanja Schottländerja in Kermaunerja. Ta dva sta dokazala, da robna cona Ca pogosto ne obstoja iz površinsko raspadajočega in v globino dalje rastočega karcinomatoznega tkiva, ampak da se v Ca cisto površinsko v obliki karcinomatoznega epitela rasteza daleč v navidezno zdravo okolico. Na ta način je centralni del Ca, katerega karakterizirata rast v globino in površinski razpad, pogosto na vseh straneh obdan od mejne zone, kjer sicer ne najdemo karcinomatoznega tkiva v globini, pač pa Ca v epithelu ali boljše rečeno kot epithel. Kermauner in Schottländer sta nazvala take karcinomatozne robne zone „karcinomatozne obloge.“ Sistematična raziskavanja, katera je izvedel na naši kliniki Schiller, so potrdila, da karcinomatozne obloge predstavljajo prvi stadij začetnega raka. Schiller je sistematično preiskal portio vaginalis v 135 slučaji, pri katerih je bil odstranjen uterus radi myoma, kron. adnex-tumorjev itd., ne pa radi Ca colli, in je našel v 4 slučaji (2.96%) zgodnji začetni Ca. Ti slučaji raka so obstojali v površnem, karcinomatoznem epithelu brez rasti v globino, predstavljali so torej to, kar sta svojedobno Schottländer in Kermauner opisala kot karcinomatozne obloge. Te obloge je istotako kot začetni Ca pri hitrem pregledu težko opaziti, ker se le malo razlikujejo od normalnega epitela; šele po pazljivem pregledu se opazi, da je epitel na takih mestih malo debelejši, moten in neprozoren, včasih tudi lahko rumenkast. Normalni epitel vagine in porcije izgleda kot glazirani porcelan, med tem ko je karcinomatozni epitel bolj podoben kamnu (Steingut). To razliko je veliko lažje opaziti, ako se sumljivo mesto gleda s povečalnim optičnim aparatom, takozvanim kolposkopom (Hinselmann). Tudi na naši kliniki smo ta način preiskave s pomočjo ročnega kolposkopa

(Preissecker), napravljenega od firme Zeiss, pogosto uporabljali. Ta metoda je zelo primerna, da se najdejo sumljiva mesta porcije, posebno pa začetni Ca.

V zadnjem času pa smo tudi kolposkopijo na naši kliniki precej opustili, ker smo v mazánju z jodom po Schillerju našli mnogo enostavnejšo metodo za odkrivanje sumljivih mest. Ta metoda je osnovana na dejstvu, da normalni epitel porcije in vagine v gornjih slojih vsebuje vedno velike količine glikogena. Ako pa se mesto normalnega epitela nahaja začetni, površini Ca, oziroma karcinomatозна obloga, tedaj glikogen naenkrat in večinoma popolnoma izgine. Glikogen ima kakor znano posebno afineteto k jodu, kateri ga obarva temno rjavo kot mahagoni. Ako torej epitel vagine ali porcije pride v dotiko z jodovo otopino, tedaj se normalni epitel radi vsebovanja glikogena obarva temnorjavo, med tem ko karcinomatózni epitel ostane čisto bel. Za to vitalno barvanje pa ne smemo uporabljati jodove tinkture, ker ta kot alkoholna otopina ubija površni sloj epitela; mrtvo tkivo pa se da obarvati z vsako barvo, torej tudi z jodom, pri čemur je vseeno, ali je tkivo bilo normalno ali pa karcinomatózno. Uporabljati moramo vodno otopino joda: v ta namen nam služi Lugolova otopina (Iodi puri 1 g, Kalii jodati 2 g, Aqu. destill. 500 g). Pri nas barvamo porcijo na ta način, da otopino iz kljunaste posodice pri visoki legi pelvisa vlijemo v vagino, tako da se portio koplje v otopini; s koščki gaze, namočenimi v jodovo otopino, lahko pomagamo, da sluznica pride v tesno dotiko z barvo. Da se izognemo vsaki pogrěški, je potrebno, da vse zavoje sluznice razširimo, tako da gube sluznice tudi v globini pridejo v dotiko s tekočino.

Ako se na ta način z Lugolovo otopino epitel obarva temnorjavo, tedaj imamo pred seboj normalni epitel.

Ako pa ne nastopi rjava barva, tedaj imamo patologično spremenjeni epitel. To je lahko:

1. Kot že omenjeno, karcinomatózni epitel, t. j. karcinomatózna površna obloga.

2. Roževinasti epitel, ki je na porciji vedno patologičen, ker epitel normalne porcije ni nikdar rožen. Epitel na porciji postane rožen:

- a) pri prolapsu;

- b) pri Luesu (dosti redko).

3. Ako se površni sloj epitela, ki vsebuje glikogen, radi traume odluči, kar se tuintam dogaja pri pregledu s pomočjo spekula.

4. Sluznica cervixa, kjer se nahajajo samo male količine glikogena v sluzi.

Rjavo obarvanje je torej specifično za normalni epitel, ni pa vedno specifično za Ca, ako epitel ostane bel. Šele s histološko preiskavo se lahko dožene, ako so mesta, ki so ostala bela, tudi v resnici Ca. V ta namen izpraskamo z ostro žlico dele epitela, ki je ostal bel. Umevno je, da sta potrebna precejšnjega histološkega znanja in izkušenj, da se na podlagi preiskave malih, izpraskanih koščkov epitela postavi diagnoza Ca. (Glej sliko 1. in 2.) Skušnja nas uči, da imamo pravico diagnoze Ca postaviti že na podlagi atypije in polimorfizma epitelialnih stanic, kakor tudi radi neenakomernega razmeščenja med epitelom, in da simptoma rasti v globino, ki so ga stari patologi po krivici na prvem mestu zahtevali, ne upoštevamo. Za patološkega histologa naj še omenim, da je Ca proti normalnemu epitelu omejen



s popolnoma ravno mejno črto. (Glej sl. 3 a in 3 b). Ta mejna črta stoji skoro vedno poševno na površino in sicer tako, da v globokih slojih prevladuje Ca, v visokih pa normalni epitel. Da bi normalni epitel polagoma prehajal v Ca, tega tu ne opazimo. V sredini Ca vidimo poliformnijo jeder, tako da se nahajajo velika in mala, svetla in temna, okrogla in nepravilno oblikovana jedra drugo poleg drugega. Tudi je karakteristično, da pod normalnim epitelom ni vnetnega infiltrata, ki se začne jasno omejen šele pod karcinomatозnim epitelom.

Metoda mazanja z jodom je lahko izvedljiva, zelo po ceni, ni narporna, in ne povzroča bolečin pacientinji. Mi jo na kliniki uporabljamo pogosto ter smo na ta način odkrili že celo vrsto začetnih Ca pri ženah, ki so prišle k nam radi kakšnih drugih težav. Od zdravljenja raka v teh zgodnjih slučajih pričakujemo bistveno izboljšanje naših rezultatov.

#### Literatura.

- Kermauner: Halban-Seitz Band IV.  
 W. Schiller: Archiv für Gyn. Band 135.  
 W. Schiller: Zentralblatt für Gyn. 1928 in 1929.  
 E. Preisseecker: Zentralblatt für Gyn. 1929.

**Higijenski zavod v Ljubljani. Direktor: Dr. I. Pirc. Iz antropološkega oddelka.**

## Indeks rejenosti in teoretična teža.

Piše dr. B. Škerlj, v. d. šefa oddelka.

V svoji disertaciji sem prvič povdaril, da je vprašanje indeksov rejenosti, ki jih je nebroj — že to je slabo znamenje za njih vrednost! — nerešeno in sporno. Skoro nobeden ni logično točen, bodisi da je nelogičen antropološko, bodisi matematično. In prav tam sem tudi primerjal vrednost treh važnih indeksov rejenosti: QUETELETjevega, PIRQUETjevega in OEDERjevega.

Eden najstarejših je QUETELETjev, ki izraža razmerje višine in teže telesa na skrajno preprost način:  $\frac{\text{teža}}{\text{višina}}$  Iz njega se je razvil

indeks, ki je znan danes zlasti pod imenom KAUPov indeks:  $\frac{\text{teža}}{\text{višina}^3}$ .

Oba indeksa imata predvsem matematično nelogičnost: primerjata meni nič tebi nič linearно, oz. ploščinsko mero s prostorninsko. Že to zadostuje, da ju smemo odkloniti. Res je, da hočemo in moramo včasih primerjati višino in težo, toda ne smemo pri tem zagrešiti matematičnih nelogičnosti. Razen tega je ideal indeksa rejenosti, da se naj vrti okoli številke 1 (zakaj, bom takoj razjasnil), dočim se suče QUETELETjev pri odraslem okoli 3,5 in KAUPov okoli 2,5. Kakšni morajo biti pogoji, da dobimo indeks rejenosti okoli 1? Jasno: izračunati moramo pravi teži vstrežajočo težo iz telesnih mer, kakor so prvotno mislili, zlasti iz višine. Vstvaritev teoretične teže iz linearних mer človeškega telesa je privedla h kubiranju telesne višine. Tako

je bil ustvarjen ROHRERjev (tudi BUFFONov ali BARDEENov) indeks  $\frac{\text{teža}}{\text{višina}^3}$ . Ta se vrti okoli 1,55 pri odraslem, normalno razvitem moškem. Bližji je idealu, matematično je tudi logičen (primerjanje kubičnih cm s težo), enostaven je in ne zahteva več nego merjenja teže in višine. Antropološko je manj utemeljen, zakaj iz kubiranja višine ne moremo dobiti teoretične teže. Teža je odvisna od mnogih faktorjev, od dolžine nog, od višine čoka, od rejenosti posameznih delov i. t. d. ROHRERjev indeks ima torej le veliko prednost enostavnosti in velike labilnosti (v razmeroma malih mejah), t. j. — registriira v tisočinkah in celo še v stotinkah in desetinkah vsako spremembo razmerja med višino in težo, kar je zlasti važno pri opazovanju otrok v rasti!

Toda že navedena antropološka netočnost zahteva, da moramo misliti na točnejša merjenja, ako hočemo doseči približno dober in uporaben indeks. Na podstavi čisto pravilnega pojmovanja, da pri dojenčku dolžina ekstremitet ne igra velike vloge in da je njih teža dosti brezpomembna, je ustvaril PIRQUET svoj znani Pelidisi-indeks, za katerega je uvedel novo mero — *sedentis altitudo*, višino sedečega človeka od sedne ploskve do temena, višino čoka (si); indeks se glasi:

$\sqrt[3]{10 \cdot \frac{\text{teža}}{\text{si}}}$ ; postopek je obrnjen: prostorninska mera je reducirana na

linearno. Toda čisto pogrešeno je bilo uvesti ta indeks tudi za odrasle. Danes so izdelane tabele, na katerih najdemo „si“ in težo ter vstrezajoč indeks. Meriti moramo torej tudi le dve meri: višino čoka in težo. Ta enostavnost in zlasti še tabela so olajšale razširjenje tega za odrasle čisto neprimerne indeksa. Dolžina spodnjih ekstremitet se menja mnogo bolj nego višina čoka in od dolžine nog je v največji meri odvisna celotna višina. Višina čoka je razmeroma jako stalna mera, toda prav to ne opravičuje, da jo naredimo za edino linearno podlago indeksu rejenosti. Nasprotno: točen indeks rejenosti mora upoštevati prav menjajoče se (linearne) faktorje, ki jih lahko določimo antropometrično.

Da je višina s težo v nekem enostavnem razmerju, je že dolgo znano: višina v cm manj 100 nam dá teoretično pravilno težo, to je stari BROCAjev indeks. Ta indeks je matematično i antropološko enako nelogičen, toda enostaven je in — slučajno — res približno vstreza dejstvu. Utemeljiti ga pa ni mogoče. Kar se tiče torej PIRQUETjevega indeksa za odrasle, navedem ta-le primer iz svoje disertacijske serije: višina 180 cm, teža 65,8 kg — gotovo prenizka za to višino. Pelidisi pa je 98! — prav dober (Pelidisi se suče v optimu okoli 90—100). To se nam ne zdi več čudno, če zvemo, da je dolžina nog tega individua 104,7 cm, čok torej kratek in teža sicer vstreza čoku, nikakor pa ne celotni višini! Drug primer (tudi iz prakse): Individium A je visok 181 cm, tehta 74,5 kg; individium B je visok 116 cm in tehta 72 kg. V višini je razlika 15 cm, v teži 2,5 kg, indeks je pa enak za oba 105 — jako dober! V resnici je „jako dober“ za manjši individium (B), popolnoma lažen pa za večji (A). Seveda je dolžina čoka pri velikem in pri malem skoro enaka, pri A namreč 88 cm, pri B 87 cm, k temu tehta A za onih 2,5 kg več — indeks je enak; in vendar je manjši dobro rejen, večji pa suh.

Prav tako kakor za odrasle, pa je ta indeks brezpomemben že za šolsko dečo, kjer pa je njegova raba žal jako razširjena. Povsodi tam, kjer dolžina nog igra kako vlogo, in to je kmalu po 2.—5. letu, je Pelidisi nesmiseln in popolnoma brezplodno delo je meriti višino čoka (sedentis altitudo) — to je potrata časa, ker za kak drug indeks ta mera ni potrebna. Pelidisi ima morda svoj pomen pri dojenčkih in malih otrocih, za starejše je nepravilen.

(Se nadaljuje.)

Iz Banovinske ženske bolnice v Ljubljani. (Ravnatelj prof. dr. Al. Zalokar.)

## Demonstracija novorojenčka z nedoločenim spolom in razvojno anomalijo spolovila.

Dr. P. Lunaček.

2. februarja 51. se je rodil v tukajšnji bolnici otrok, pri katerem zunanja spolovila niso toliko diferencirana, da bi lahko spoznali spol. Otrok je sicer povsem krepko razvit, živahno kriči in sesa. Lasje, nohti in podkožno tkivo ne kažejo zaostanka v razvoju. Ekstremitete so v primeri z drugimi novorojenčki za spoznanje krajše, posebno zgornje.

V genitalni regiji se vidi na mestu, kjer bi moral biti skrotum, oziroma veliki labiji, guba kože. Nad in na tej gubi ni najti niti kake odprtine, niti kakega izrastka, nikake rafe, ali brazgotine. Pod omenjeno gubo pa se izbočuje navzdol (kavdalno) penisu podoben majhen izrastek, ki pa ne kaže nikake diferenciacije in tudi ne vsebuje uretre. Pod tem izrastkom je odprtina, ležeča tam, kjer navadno leži anus.

Pri preiskavi se ni našlo spolnih žlez, niti v ingvinalni regiji, niti v omenjeni gubi kože. Ingvinalni kanal je na obeh straneh zaprt. Skozi omenjeno odprtino pa defecira novorojenček povsem pravilno v presledkih. Iz iste odprtine se izceja perijodično urin v močnem curku. Z moškim Nelaton-katetrom št. 17 se z lahkoto pride globoko v črevo. Najde se pa še druga odprtina, kakega  $\frac{1}{2}$  cm na vznotraj od prve, na ventralni strani zondiranega črevesa. Posreči se to odprtino tudi zondirati s finim ureternim katetrom in s tem kateterizirati mehur. To se je fiksiralo na rentgenovo sliko na ta način, da se je napolnil gumijasti kateter z bizmutovo kašo, ureterni kateter pa z metalnim mandrinčkom. Ni dvoma, da je zondiral večji kateter črevo (rektum), manjši pa skozi uretro (oziroma persistirajoči vod kloake [Kloakengang]) mehur in da je omenjena, od zunaj vidna odprtina res anus.

Ako si hočemo predočiti čas, v katerem je nastopila motnja v razvoju, je treba kratko, čeprav shematično, ponoviti razvoj črevesa in urogenitalnega sistema. Obe organski skupini ste v tako tesni medsebojni zvezi, da jih je treba skupno obravnavati, posebno zato, ker je z motnjo enega sistema navadno zvezana tudi motnja drugega, iz česar sledijo najrazličnejše kombinacije v anomalijah in spačenjih.

Pri 3 mm dolgih embrionih je kloaka prostor, v katerega se izliva alantois in končno črevo (Enddarm). Ker nastane iz dela alantois sečni mehur, tvori toraj kloaka zvezo med urogenitalnim sistemom in črevesom.



**Sanatorium Emona**  
za kirurškične bolezni.  
**Ljubljana, Komenskega ul.4**  
Zdravnik: dr. Fr. Derganc

---

Dnevna oskrbnina I. razr. 100 Din

Dnevna oskrbnina II. razr. 80 Din

---

Odlično diurezo ima organska spojina živega srebra

## **NOVURIT-Kaštel**

od vseh diuretikov dela najmanj težkoč.

Indikacije: kardijalni edemi, Cirrhosis hepatis, Ascites z ali brez edema, Lues v vseh stadijih.

Pakovanje: škatle po 5 in 10 ampul à 1.1 in 2.2 cm.

## **VALOVOSAN**

za umirjenje nervoznih stanj pri ženskah (0.4 gr. ovarijalne substance v obliki ovosana + 0.15 gr. albomana.)

Indikacije: nevrastenične motnje, razni pojavi histerije, nervozne težkoče v klimakteriju, glavobol, dizmenoreja, hiperemeza.

Doziranje: 3 × dnevno po 2 tableti.

Oprema: orig. steklenke s 40 tabletami.

Vzorci in literaturo pošilja:

Tvornica kemijsko farmacevtskih proizvoda d. d.  
**„KAŠTEL“, Zagreb - kolodvor Sava.**

Sri 5 mm dolgih embrionih se izbočuje frontalno od kranijalne strani navzdol septum urorectale in pričinja deliti kloako na dorzalni del (končno črevo) in v ventralni del (Kloakenrest).

Ta delitev je napredovala pri 7 mm dolgih embrionih tako daleč, da komunicirata oba dela samo še po ozkem prehodu (Kloakengang). Tudi ta izgine, ko dospe septum urorectale do membrane kloake (navadno pri ca 11 mm dolgih embrionih), katera zapira ventralno in na zunaj kloako.

Š tem septom je toraj ločen: 1. mehur od rectuma, 2. deljena membrana kloake v urogenitalno membrano (= vordere Kloakenmembran) in v analno membrano (= hintere Kloakenmembran), od katerih se predre navadno najprej prva (pri 15—14 mm dolgih embrionih). Toraj je morala nastopiti motnja v razvoju že pri manjšem embriju, ker v našem slučaju se ni izvršila niti popolna ločitev obeh organskih skupin, niti ni prišlo do predora urogenitalnega sistema na zunaj.

Že pred popolno razdelitvijo kloake na dva dela, toraj predno doseže embrijo dolžino 11 mm, se pa začno tvoriti nastavki za zunanja spolovila. Ker obstoja v našem slučaju v veliki meri aplazija zunanjega genitala, je to tretji dokaz, da je začela motnja v razvoju zelo zgodaj, predno je dosegel embrijo dolžino 11—14 mm, to bi bilo v prvi polovici drugega meseca embrijonalnega razvoja.

Kakšne so razmere na notranjem genitalu, za enkrat ni mogoče ugotoviti. Tudi ne moremo določiti spola, ker se skoro vsa diagnostična sredstva pri živečih (izvzemši mogoče kake serološke reakcije) nanašajo na odrasle individue.

## IZ PRAKSE ZA PRAKSO

Basedov po operaciji dimeljske kile. Pred ca. 15. meseci sem operiral 45 letnega F. K. na desnostranski recidivni dimeljski kili, ker je imel tudi precejšnjo golšo, ki pa mu ni delala nikakih težav. Operacija je potekla brez vsake posebnosti; zacelitev per primam, a operiranec se nikakor ni mogel opomoči; začel se je tresti in se potiti, srce mu je nemirno bilo. Nekaj mesecev po operaciji se je oglasil spet v bolnici. Strume skoraj nikoder več, pač pa je imel izrazit exophthalmus, vlažno kožo, frekventen pulz — Basedov.

Mislím, da ni krivo mnenje, da je enkratno izdatno namazanje z jodovo tinkturo pri operaciji bilo vzrok za zmanjšanje strume in Basedow. Dr. A. R.

## DOMAČA LITERATURA

SRPSKI ARHIV ZA CELOKUPNO LEKARSTVO, 1950. 10.

Šahović K., Istraživanja o gušavosti u našoj zemlji. II. deo. — Todorović K., O jednom slučaju benignog limfocitarnog meningitisa. — Radojević S., Akcesorni žučni putevi u anatomskom i hirurškom pogledu. — Petrović M., Prilozi pitanju antianafilaksije. — Nestorović D. J., Renthenterapija klimakteričnih krvavljenja s naročitim obzirom na climax praecox. — Popović D., O puerperalnoj sepsi. — Hes Dj., O pitanju olakšanja bola u ginekologiji. — Štampa. Terapijske novosti. Rad lekarskog društva. Čitulja.

# PUHLMANN ČAJ

znamke „Ripon“

več kot 20 let priznan pri

## akutni in kronični bronhiti

ker izvanredno o ničuje draženje h kašlju, zlasti pri

## asthma bronchiale

ker lahko razsluzi.

Doziranje: Pri odraslih 10—15 g = 2 navadni žlici  
na 1 l vode, vkuhati na pribl. 2/3. Prvo polovico  
je izpiti zjutraj gorko, ostalo 2—3 ure predno le-  
žemo spat, prvtako ogreto.

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

Literaturo in poskusne količine pošilja:

**PUHLMANN & CO., Berlin O. 171**

Müggel-Strasse 25—25 a.



## Kemika d. d. Zagreb 3

si usoja priporočati svoje preizkušene preparate zlasti:

### Acitophosan

spojina ekvimolek. delov fenilhinolinkarbonske in acetilo-  
salicilske kisline (tablete in praški).

Združuje in potencira delovanje obeh svojih komponent in  
je suvereno, brzo in zanesljivo delujoče sredstvo pri vseh  
revmatičnih in drugih infekcijsko-vnetljivih boleznih. Deluje  
razun tega analgetsko. Specifično sredstvo proti gripi.

Za zdravljenje obolenj respiracijskega trakta blagovolite za-  
pisati naš preizkušeni

### Novocolsyrup

vsebuje gvajakol v obliki sirupa ugodnega okusa. Deluje  
zanesljivo in energično, nima vzporednih učinkov, jemlje se  
lahko in se dobro prenaša, ne draži ne želodca ne črevesja  
in je absolutno enakovreden tujim dražjim preparatom.

Orig. steklenica po 120 in 330 gr.

Pri zapisovanju zdravil blagovolite vselej dajati prednost  
domaćim preparatom!

#### DETTO. 11.

Šahović K. i Černozubov N., Istraživanja o gušavosti u našoj zemlji. III. deo. — Simić A., Prilog izučavanju bobičavosti kod čoveka. — Simović M., Prilog terapiji gangrena asekolinom. — Todorović K., Jedan nov slučaj encefalitisa i neuritisa obraznog živca. — N. facialis sin. — posle antivarioličnog kalemjenja. — Stajić St., Povodom jednog slučaja Jacksonove epilepsije kod deteta od 8 godina. — Kičevac M., Alkalaj N., Orchi - epididymitis deferentitis syphilitica kod sekundarnog sifilisa. — Zdravković R., Primena Arsilena Roche u lečenju malarije. — Stajić St., Lečenje kongenitalnog sifilisa. Isti. Nešto iz epidemiologije i profilakse šarlaha. — Isti. Konvulzije kod dece. Štampa. Terapijske novosti. Rad lekarskih društava. Čitulja.

#### DETTO. 12.

Saxl P., Problem streptokoka sa kliničkog gledišta. — Šahović K. i Černozubov N., Istraživanja o gušavosti u našoj zemlji. — Fotić M., Deset ekstrakcija stranih tela iz bronhija i traheje. — Puljo A., Regionarna anestezija na donjoj vilici. — Alković J., Saradnja praktičnih lekara sa zavodom za rak i o lečenju najčešćih formi raka. — Krstić S., Arslyen Roche u školsko polikliničkoj praksi. — Terapijske novosti. Rad lekarskih društava. Kongresi.

#### LIJEČNIČKI VJESNIK. Stal. glasnik. 1950. 8.

Šalek A., Higijenska izložba u Dresdenu 1950. — O nama za nas. Socijalna medicina. Skupštine i kongresi. Kurzevi med. fakulteta u Zagrebu za usavršavanje liječnika.

#### DETTO. 1950. 9.

Bogić G., Uticaj ishrane na tuberkulozu. — O nama za nas. Socijalna medicina. Socijalno osiguranje. Razno.

#### DETTO. 1950. 10.

Akcija za susbijanje tuberkuloze kod državnog saobraćajnog osoblja. Pravilnik o lijekovima i ljekovitim specijalitetima od 5. VI. 1950. — Dva groba (Gjorgjević, Axenfeld). Skupštine i kongresi.

#### DETTO. 1950. 11.

Čop Dr., Reumatizam. Problem narodnog zdravlja i narodnog gospodarstva. — Osvrt na novi francuski zakon o osiguranju radnika. O nama za nas. Socijalna medicina. Socijalna higijena. Skupštine i kongresi. Razno.

#### DETTO. 1950. 12.

Vuletić V., Sa puta po Holandiji. — Primjedbe i predlozi Ekonomske Sekcije Zbora Liječnika k „Nacrtnu projekta zakona o osiguranju radnika“ Ministarstva za Socijalnu politiku i Narodno zdravlje. — Prof. Dr. Ernst Fuchs. † — Prof. Dr. Fritz Pregl. † — Constantin Monakow. † — O nama za nas. Socijalna medicina. Socijalna higijena. Socijalno osiguranje. Skupštine i kongresi. Razno. Vijesti.

#### LIJEČNIČKI VJESNIK. 1951. 1.

Kostlivy St., Pokušaji s operativnom terapijom anginae pectoris. — Wiczorek A. i Kaliciński, W., O wpływie irydektomji na ciałko rzeskowe. — Pasini J., Operativne metode ehinokokove bolesti. — Čárský K., Liječenje osteomielitide i inficiranih otvorenih preloma kostiju. — Vidaković S., Apoplexia utero-placentaris. — Bazala V., Neoplastika vagine. — Zanela S., Nekroza mioma u graviditetu. — Jerie J., Intraligamentosni nádory vaječniku. — Zalokar A., Porodniška patologija Dravske banovine. — Cisler J., K léčbe karcinomu cest dýchacích radiovou emanaci. — Račić J., Treći doprinos k upo-

# 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 proizvodov. Dobe se v vseh lekarnah. Gg. zdravnikom so vzorci brezplačno in franko na razpolago.

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

# CAPHOSEIN



mlečna beljakovina, 77% beljakovine z izredno veliko količino kalcija in fosforja.

### Suvereno sredstvo proti diareji vsled vrenja.

**Indikacije:** dispepsija, anemija, rekonvalescenca, ekssudativna diateza i. t. d.

**Uporaba:** 1–2 polni kavini žlici, skuhanu v čajju in oslanjeno s saharinom. V težkih slučajih namesto čaja razkuhana ovse-na kaša.

Najcenejši beljakovinski preparat.

1 škatlja Din 24.—.

Vzorci in literatura se točno pošiljajo.

**Krompecher Nährmittelfabrik Veliká p./T. RCS.**

Za Jugoslavijo:

**PARACELSUS k.d., Zagreb 3, poštni pred.**



znavanju bolesti kamenaca mokraćnog mjehura i bubrega u Dalmaciji. — Flor-schütz V., Liječenje preloma stegna u bolnici i u praksi. — Koprivnik I., Značenje i mogućnosti određivanja krvnih grupa u vojsci za transfuzije krvi ranjenika. — Budak M. J., Važnost pretrage krvnog šećera. — Terapevtske beleške. — Referati.

#### Liječnički Vjesnik, 1951, 2.

Karwowski A., Czy należy stosować tzw. kurację poronne w świeżej kile? — Kogoj F., Anomalije keratinizacije. — Bošnjaković S., T. zv. mljetska bolest. — Marković V., Raširenost luesa u Zagrebu u g. 1925—1929. — Čajkovac S., Obrana organizma pomoću promijenjene keratinizacije. — Franković V., II. Müllerova konglobacijona reakcija (M. B. R. II). — Franković V., Slučaj dermatitis herpetiformis Dühring. — Lawrinowicz A., Ze spostrzezen nad wplywem sustancij witaminowych na własność bakterij i przebieg zakażenia. — Saltykow S., Značenje konstitucije organizma za tuberkulozni proces. — Eiselt R., Artride starosti. — Pliverić V., O indikaciji za hiruršku terapiju holecistitijaze. — Rabar M., Naše stanovište u pitanju terapije epifaringealnih tumora. — Cmunt E., Plantarni erupce pri dnave diathese. — Körbler J., Terapija inoperabilnih malignih tumora. — Piasecki E., Nacionalni fizički odgoj. — Sztraka K., K terapiji morfinizma. — Razno.

#### Detto, 5.

Jurasz A., O pyelografiji dožylnej. — Sigmund A., Holecistografske slike adhezivne periholecistitide. — Krynski B., Znaczenie badania rentgenem sluzowky żoladka dla rozpoznawania spraw chorobowych. — Popović L. in Vlahović J., O promenama cističnih tvari u plućima usled respiracije. — Radojević S., Naša iskustva s holecistografijom. — Vlahović J., Prilog dija-gnozi aneurizme abdominalne aorte. — Ribkin K., Želučano-duodenalne grizlice i Ca. — Rad centralnog rentgenološkog instituta medicinskog fakulteta u Zagrebu. — Štajduhar J., Kalcium u oftalmologiji s osobitim obzirom na opće liječenje očne skrofuloze. — Brakus G., Nešto o praktičnoj vrijednosti terapije očne sirupima kod plućne tuberkuloze. — Referati.

#### Detto, 4.

Sigerist H. E., Die Geschichte der Medizin in ihrer Bedeutung für die Gegenwart. — Barle J., Nešto iz prošlosti zakladne bolnice u Zagrebu. — Fan-cev F., Ostavina varaždinskog liječnika iz početka 17. stoljeća. — Kempf J., Požegana. — Horvat R., Hrvatski državni liječnici u XVII. vijeku. — Čorović V., Bolnice u Srbiji XIII. i XIV. veka. — Stanojević L., Karadjordjeva bolest 1813 godine. — Šević A. S., Konstantin Pejičić, pisac prve srpske originalne medicinske knjige. — Zavrnik F., Nešto o liječnicima-veterinarima. — Pintar F., Prof. Dr. Kern in Prof. Dr. Lipič. — Šišić F., Kuga u Splitu 1548. — Novak G., Liječnici, brijači i ljekarnici autonomnog Splita. — Körbler J., Kuga u Dalmaciji g. 1785. — Matasović J., Fratri bosanski prema muslimanima „za ličit bonika“. — Flegler J., Leopold Glück. — Šik L., Jevrejski liječnici u Jugoslaviji. — Thaller L., Zadaća historije medicine našega narodnoga teritorija. — Referati.

#### Detto, 5.

Hadži J., Naše skorpije kao otrovnice. — Grziwo-Dabrowski W., Alkoholizm a samobojstwo. — Vitek J., Jest u každe epilepsie typu Bravais-Jacksonova indikovana operace? — Rogina J., Daljni prilog poznavanju intra-kutane vakcinacije protiv boginja. — Vidaković S., Sadašnje stanje i metode liječenja malignih tumora u ginekologiji. — Zanela S., Profilaksa eklampsije.

# 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.

## Kolegi!

Naročajte knjižico svojega tovariša:

Dr. Slavo Grum

# Dogodek v mestu Gogi

---

— Batory J., Profilaktično i terapeutsko liječenje antitoksičkim coli-serumom.  
— Fischer O., Prilog kazuistici limfogranulomatoze. — Ljubin J. in Modrič K., Slučaj „žljezdane ognjice“ u praksi. — Glesinger L., Češnjak (*alium sativum*) i njegovo djelovanje. — Referati.

Liječnički Vjesnik, stal. glasnik. 1951. 1.

Farkaš K., Anкета ALPIM-a o specijalizaciji u medicini i o specijalistima.  
— O nama za nas. — Socijalna higijena. — Razno. — Imenik članov.

Detto, 2.

Budak J. M., Po francuskoj rivijeri. — Müller O., Osvrt na novi „Zakon o liječnicima (lekarima)“. — Zakon o liječnicima (lekarima). — Skupštine i kongresi. — Razno.

Detto, 3.

Schlesinger B., Ekonomska medikamentozna terapija. — Slavenski grobovi. — L. Syllaba, B. Sawicki, J. Piltz, O. Srdinko. — O nama za nas. — Socijalno osiguranje. — Skupštine i kongresi.

Detto, 4.

Čmunt E., Boj protiv reumatizma u čl. republici. — Osiguranje liječnika. — Skupštine i kongresi. — Razno.

Detto, 5.

I. Matko, Pobijanje jetike. — Glesinger L., K pitanju ekonomske medokamentozne terapije. — Slavenski grobovi. — O nama za nas. — Socijalna medicina. — Skupštine i kongresi. — Razno.

---

Za gg. učitelje, zdravnike, sodnike in občine. V založbi Učiteljske tiskarne je izšla prva zbirka pravilnikov k zakonu o narodnih šolah, kot II. zvezek celotne zbirke zakonitih predpisov k zakonu o narodnih šolah. — Ta zbirka vsebuje vse zakonite predpise o zdravstvu in higijeni glede šole, učencev in učiteljev z obširnimi stvarnim kazalom in registrom vseh zakonov, uredb in pravilnikov, ki so izšli v Službenem listu in Službenih novinah in zadevajo zdravstvo, ki jih potrebuje vsaka šolska poliklinika, vsak zdravstveni in higijenski dom, krajevni šolski odbor, županstvo upravnih občin, zdravstveni odbor v občini in vsak sodnik, osobito za šoloobvezno dečo in maloletnike, pri sodiščih za maloletnike, ker ima v zbirki vse zakonite predpise glede moralno pokvarjene šoloobvezne dece in maloletnikov z obširnim stvarnim kazalom in registrom vseh zakonitih predpisov o sodnem in kazenskem postopanju, ki so izšli v Službenem listu in Službenih novinah. Obširno stvarno kazalo omogoča, da vsako zadevo hitro najdete in prav tako vse določbe, ki so z njo v zvezi. Register vsebuje vse zakonite predpise (zakone, uredbe in pravilnike) o zdravstvu ter sodnem kazenskem postopanju (tudi one, ki jih ni v zbirki), da jih hitro najdete v Službenem listu in Službenih novinah. Cena broš. izvodu 36 Din, vezan. v celo platno 45 Din. — Dobi se v vseh knjigarnah.

---

Tej številki je priložen letak lekarne Drag. Manojlović, Beograd.

---

Urednik in izdajatelj: docent dr. Alija Košir, Ljubljana, Na Kodeljevo 3.  
Tiskajo: J. Blasnika nasl. Univerzitetna tiskarna in litografija d. d. v Ljubljani  
Odgovoren Janez Vehar.

**Kemično - farmacevtska tvornica**  
**Ph. Mr. J. Kolař**  
**Ljubljana VII.**

**LECITARSEN**

v tabl. à 100 kom.  
(Lecithin ex ovo, Ferr. albuminat., natr. kakodylic.)

**BROMLECITARSEN**

z dodatkom 10 gr brom. soli

**JODLECITARSEN**

**PILLULAE CALCINANTES**

sec. Dr. Peyer fortiores et mitiores  
à 50 in 100 tabl.

(Acid. arsenicos., Calc. glycerinophosphoric., calc. lactic., Kallium sulfogua-jacol., natr. sozodolic. et cinamylic.)

afekcija pljuč, NEURASTE-  
NIJA, TELESNA SLABOST,  
ANEMIJA

CHOREIA

povsod kjer je arzen in jod  
medikacija potrebna  
SKROFULOZA, BRONHITIS

Specificum za  
TUBERKULOZO PLJUČ

Vzorci in literatura gratis in fco.

# Sisačka mineralna voda

subtermalno alkalno - murijatsko jodno vrelo

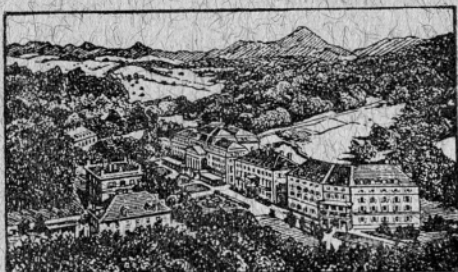
Zbog svoga sadržaja na naročitim solima imade veliko područje delovanja. INDIKACIJE za ovu vodu jesu: Pomanjkanje želučanih i crevnih sokova, katari zračnih organa, otekline slezene i jetra, reumatizam mišića i zglobova, zapaljenje živaca, kronični procesi kod ženskih organa, exudati, otekline žlezda, skrofuloza, rahitis, anemija, nepravilnosti rasta, telesna slabost, usporeni oporavak, nepravilnosti kod probave, smetnje endokrinih funkcija žlezda, neurastenija, neka naročita stanja prouzrokovana obolenjem srca, tuberkuloza kostiju, članaka i žlezda, posledice rana, razne kožne bolesti itd.

**Vlasnik: P. Teslić, Sisak**

Gospoda lečnici, koji žele da vrše praktične pokuse sa ovom vodom, dobiće na raspolaganje besplatno potrebnu količinu ove vode. Obratiti se, pozivajući se na ovaj časopis, na P. TESLIĆA, SISAK.

# 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.**