POŠTNINA PLAČANA V GOTOVINI.

ŠTEV. 1. LJUBLJANA, 1. JANUARJA 1930. LETO II.

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; odvadne kure za alkohol in živčne strupe; psihoanaliza nevroz, oskrba dementnih in debilnih, redilne in dietetične kure.
Zelo zmerne cene. Prospekti z obratno pošto.

KEMIKA D. D. za kemijsku i farmaceutičku 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 preizkušen 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.

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

Vsebina:

Razvoj bolniškega in nezgodnega zavarovanja od l. 1889. do danes 3
Dr. Leo Šavnik: Röntgen-institut kirurške bolnice v Frankfurtu ob Meni . . . 9
Dr. Stane Lutman: Sedanje stanje vprašanja aktivne imunizacije difteriji . . 12
Drobiž 18
Govorilnica 22
Referati 24
Društvene vesti 29

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“!

Radenska mineralna voda

kot zdravniško preizkušeno zdravilo

Priporoča se sledeči način uporabe pri

1. protinu, ledvičnih kamenčkih in pesku trikrat dnevno po eno do tri čaše ugrete Radenske vode zdravilnega vrelca.

2. kroničnem vnetju ledvic, hipertropiji prostate, želodčnem in črevesnem katarju, Uretritis, Cystitis, Pyelitis in Fluor albus dnevno 3—6 kupic ugrete Radenske vode Kraljevega vrelca,

3. katarju krhlja in bronhijalnem katarju večkrat dnevno po eno čašo Radenske vode zdravilnega vrelca 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,

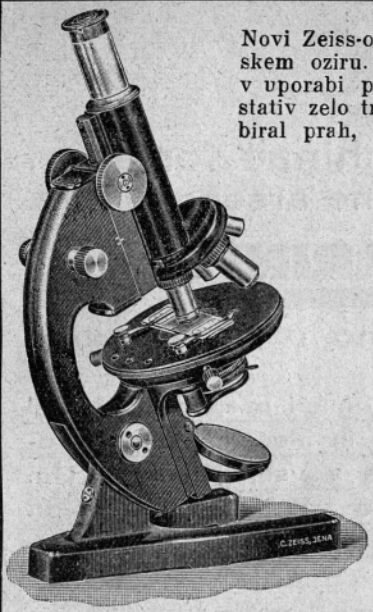
6. želodčnih in črevesnih ranah dnevno tri čaše prekuhane in zopet ohlajene Radenske vode zdravilnega vrelca.

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

Desinfekcijska sredstva:

SANITOL
SANOFORM
SANEOLIN
KARBOLNE KISLINE
FORMALIN
MAZAVO MILO I. T. D.

„CHEMOTECHNA“ družba z o. z.
Ljubljana, Mestni trg 10.



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, tubus in nosilec mizice, ozir. kondenzorja sta stabilno pritrjena, stativ se daje upogniti zanesljivo 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 objektiva in homogeno imerzijo z zaslonko za temno polje, 2 Huyghensova okularja in omarico. 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

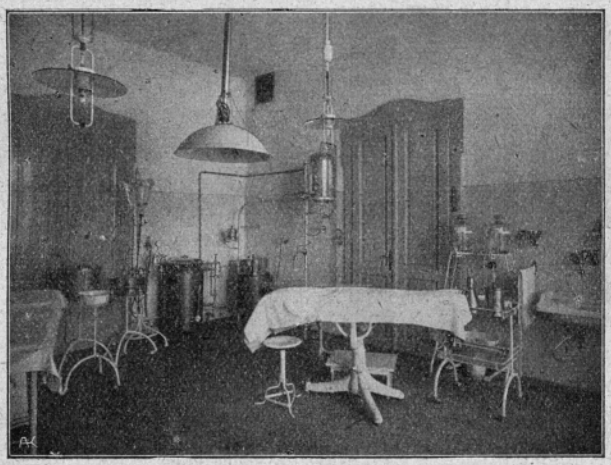
ZEISS

Carl Zeiss, Jena

ali

M. Pavlović, generalno zastopstvo za Jugoslavijo

Beograd, Sremska ul. 9, tel. 37—00.



SANATORIJ EMONA

za kirurgične bolezni

Ljubljana, Komenskega ulica 4

Dnevna oskrbnina I. razr. 100 Din — Dnevna oskrbnina II. razr. 80 Din

Šefzdravnik:

PRIMARIJ DR. FR. DERGANC

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

Na temelju **ribjega olja s klorom** izdelani preparati

DESITIN

Maža za rane in opekline.

Najjačja rezorbcija, poprava in celitev (Ol. jecor. aselli), docela brez dražitve, močno baktericidna, ublažuje bolečine. Obveza se ne lepi.

Hemoroidni vložki
Vaginalne krogle
Medicinalno posipalo

Desitin-Werk Carl Klinke, Hamburg 19

Vzorce in literaturo pošilja:

Arthur Stern, Zagreb, Trg Kralja Petra 8

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

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

Štev. 1. Ljubljana, dne 1. januarja 1930. Leto II.

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

Krepko pričeto socijalno-politično delo v Nemčiji v drugi polovici 19. stoletja ni moglo ostati brez vpliva na sosedne države, zlasti na Avstrijo. Nemčija je tako rekoč na mah od l. 1881—1890 izgradila celotni sistem socijalnega zavarovanja, izvzemši zavarovanje za slučaj brezposelnosti. Miselni razvoj osemdesetih let se je pričel krepkeje usmerjati v tendenco zajezitve neomejenega razmahovanja manchestersko liberalnih gospodarskih doktrin. Prihajal je čas, da država z dosledno in skrbno socijalno politiko poseže v dosedaj več ali manj neomejeno osebno svobodo tovaren in da slabe posledice industrijalizacije produkcije paralizira z delavsko zaščiteno zakonodajo. Propadanje ljudskega zdravja je sililo k protiukrepom. Avstrija je pred ustvaritvijo dveh najvažnejših socijalno-zavarovalnih zakonov, t. j. zakona o zavarovanju za slučaj bolezni in zakona o zavarovanju za slučaj nezgod imela le skromne socijalno-politične temelje. Gospodarska nadmoč industrije je bila očividna. Občutnejše sunke proti tej nadmoči je bilo čutiti v novelah k obrtnemu redu, v zakonu o obrtnih nadzornikih l. 1883 in v noveli k rudarskemu zakonu.

Veliki zakonodajni dogodki v Nemčiji so pomagali tudi v Avstriji k napredku. Osemdeseta leta so ustvarila rodovitna tla za predpriprave in za uzakonjenje bolniškega in nezgodnega zavarovanja.

Zakon o nezgodnem zavarovanju je datiran z 28. dec. 1887, izšel je v 1. številki drž. zakonika l. 1888, pričel pa se je izvajati dne 1. novembra 1889. Zakon o bolniškem zavarovanju je datiran z 28. marcem 1888 drž. zak. št. 33., pričel pa se je izvajati v l. 1889. v času od aprila do novembra, kakor so bile pač predpriprave v posameznih kronovinah izvršene. Tudi blagajne v posameznih kronovinah niso istočasno pričele s poslovanjem. Vendar pa so danes pred 40 leti že vse po zakonu predvidene blagajne pričele z izvajanjem zakona.

Tako je sedaj minulo štirideset let od pričetka izvajanja zakonov o nezgodnem in bolniškem zavarovanju v Sloveniji.

---

* O priliki 40letnice socijalnega in nezgodnega zavarovanja prinašamo poročilo Okrožnega urada za zavarovanje delavcev v Ljubljani. Poročilo je nekoliko skrajšano. Kdor se zanima za točne statistične podatke o stvari, bo našel podrobnosti v širšem poročilu pri uradu. — Opomba uredništva.

Jedro institucij bolniškega zavarovanja so po zakonu tvorile okrajne bolniške blagajne na sedežu okrajnega glavarstva. Ob uveljavljanju zakona je poslovalo v bivši vojvodini Kranjski 16, v vojvodini Štajerski 42 in na Primorskem 12 okrajnih blagajn skupno z 61.214 zavarovanci. Ozemlje sedanje Slovenije je pred 40 leti izkazovalo pri okrajnih bolniških blagajnah nekako 13.900 zavarovanih članov.

Druga najvažnejša institucija so bile obratne bolniške blagajne. Teh je bilo koncem l. 1889. v vsej Avstriji prijavljenih 1323, od česar jih je odpadlo na bivšo Kranjsko 17, na bivšo Štajersko 32 s skupno 12.578 člani. V tretjo kategorijo sodijo društvene bolniške blagajne; na Slovenskem je bila ena sama, in sicer v Tržiču na Gorenjskem. Tako je bilo ob pričetku izvajanja bolniškega zavarovanja v sedanji Sloveniji zavarovanih približno 20.000 oseb.

Istočasno z organizacijo bolniškega zavarovanja so se izvrševale predpriprave za uveljavljanje zakona o nezgodnem zavarovanju. Izvajanje te panoge zavarovanja je zakon upravno poveril posebnim institucijam, tako zvanim Delavskim nezgodnim zavarovalnicam. Te zavarovalnice so bile enotne; vlada je odklonila zahteve po poklicnih (strokovnih) nezgodnih zavarovalnicah za posamezne stroke. Z ministrsko odredbo od 22. I. 1889 je bilo ustanovljenih sedem nezgodnih zavarovalnic. Na našem sedanjem ozemlju sta poslovali nezgodna zavarovalnica v Gradcu za Koroško in Štajersko in nezgodna zavarovalnica za Kranjsko, Istro-Primorsko in Dalmacijo v Trstu. Dasi je zakon v načelu predvideval za vsako kronovino lasten zavod, je vlada omejila število nezgodnih zavarovalnic na 7, ker je hotela s tem razširiti rizikovo skupnost in zavodom tako zagotoviti zadostna denarna sredstva.

Istočasno s temi predpripravami je vlada organizirala pri notranjem ministrstvu tako zvani zavarovalni sosvet, kot najvišji posvetovalni organ ministrstva v vseh zavarovalnih zadevah.

Prve člane samoupravnih organov nezgodnih zavarovalnic je imenoval notranji minister. Samo en Slovenec je imel čast biti imenovan. Bil je to župan in zastopnik zavarovalne družbe „Donau“, gospod Peter Grasselli v Ljubljani.

Za poznanje tedanjih gospodarskih prilik v bivši Avstriji je zanimivo, da so nezgodne zavarovalnice v Trstu, v Gradcu in na Dunaju izkazovale skupno 133.980 zavarovanih delavcev. To znači, da se je gospodarsko življenje osredotočilo v nemških deželah. Danes izkazuje okrožni urad nad 80.000 zavarovancev v izrazito gospodarskih podjetjih in nad 15.000 gospodarskih obratov (odštevši gospodinjstva in druge poklice, ki jih ne moremo prištevati narodnemu gospodarstvu). Ob pričetku izvajanja nezgodnega zavarovanja je n. pr. Kranjska izkazovala 577 obratov, ozir. industrij z 2855 delavci. Danes vidimo napram tem številkam naravnost epohalen napredek.

Zavarovalna zavezanost je bila po prvem zakonu omejena v pretežni večini zgolj na osobje, zaposleno v tovarnah, plavžih in rudnikih, pri izvrševanju stavb, tu z velikimi izjemami. Zavarovalni zavezanosti so bili podvrženi tudi delavci, zaposleni v obratih, kjer so se uporabljale razstrelilne snovi in kjer se je obratovalo s stroji.

Poljski in gozdni delavci so bili izvzeti. Poznejše novele so zavarovalno zavezanost razširjale na druge več ali manj nevarne obrate, vedno pa so ostali izvzeti poljski in gozdni delavci in osobje, zaposleno pri poslih, ki niso spadali pod obrtni red (n. pr.: igralci, dnevničarji, osobje v privatnih službah, pri zdravnikih, v gospodinjstvu itd.).

Današnji zakon je temeljito prelomil s principi starega podedovanega zakona in je ustvaril vsesplošno zavarovalno zavezanost za vse osebe, ki so v kakršnemkoli odvisnem delovnem razmerju. Izenačil je tudi krog zavarovancev za vse panoge zavarovanja: kdor je zavarovan za slučaj bolezni, je istočasno zavarovan tudi za slučaj nezgode, onemoglosti in smrti. Omeniti pa je treba, da se zadnje panoge zavarovanja še n e izvajajo. Neurejeno pa je ostalo zavarovanje za poljedelske delavce in je isto omejeno samo na delo pri strojih.

Najvažnejši del zakonov se je nanašal na predpise o dajatvah. Te dajatve so bile skromne, pričetne, in niso mogle vršiti svojih socijalnih nalog. Dajatve so bile omejene res prav na najnujnejše in so bile predvsem podpore v denarju, dočim na stvarne dajatve prvotni zakoni niso polagali pažnje. Zavarovanje je hotelo videti predvsem le delavca, ni pa videlo tudi njegove družine. Zato je bila zdravniška služba in pomoč skrajno pomanjkljiva brez kakršnihkoli specijalnih zdravljenj ali pripomočkov. Družinskega zavarovanja ni bilo. Materinsko zavarovanje je v zakonu komaj omenjeno. Podporna doba v bolniškem zavarovanju je trajala 20 tednov, za porodnice le štiri tedne po porodu. Denarna podpora je znašala 60 % krajevne dnevne mezde. Zdravljenja v bolnicah so mogli biti deležni le člani, in sicer samo za 4 tedne, dočim svojci te dajatve niso prejemali. Prvotni zakon pa je poznal tudi polhranarino svojcem za čas bivanja člana v bolnici. Dečje opreme, podpore za dojilje, možnosti umetne prehrane otroka stari zakon ni poznal. Pogrebnina je znašala le 20kratno hranarino.

Statutarično je bilo sicer mogoče, da bi blagajne posamezne dajatve zvišale, česar so se pa blagajne radi finančnih težkoč le redkokdaj posluževale.

Da se more prav oceniti današnje bolniško zavarovanje je treba, da ga primerjamo s prejšnjim. Predvsem povdarjamo, da je današnje bolniško zavarovanje izpopolnjeno v pogledu zdravniške pomoči. Splošno se danes članu in v znatni meri tudi svojcu nudi vse ono, kar sta znanost in narava za zdravje človeka ustvarila. Deloma v lastnih ambulatorijih, deloma v javnih zdravstvenih ustanovah, deloma pri privatnih zdravnikih nudi urad zavarovancem n a j m o d e r n e j š e z d r a v s t v e n e p r i p o m o č k e, k a k o r R ö n t g e n, k e m i č n o - d i a g n o s t i č n e p r e i s k a v e, r a z n e e l e k t r o - i n h i d r o t e r a p e v t i č n e p r i p o m o č k e, v i š i n s k o s o l n c e, s a n a t o r i j s k a z d r a v l j e n j a i n u p o r a b o n a r a v n i h t e r m a l n i h k o p a l i š č. V s e g a t e g a s t a r o z a v a r o v a n j e n i p o z n a l o. Zdravniki specijalisti vrše zdravljenje v svojih specijalnih strokah, dočim je bila preje v pretežni večini vsa zdravniška služba poverjena le zdravnikom za splošno prakso. V preventivni smeri se staro zavarovanje ni uveljavljalo; tudi današnji zakon v tem pogledu ne nudi mnogo, vendar pa nekaj, kar moramo vsekakor

označiti kot napredek. Urad ima možnost in dolžnost, da se zanima za zdravstvene prilike v podjetjih, da zasleduje tipična obolenja, da predlaga protiukrepe, n. pr. da se podjetju, ki prikazuje posebno nezdrave razmere, zviša premija. Urad je v podjetjih dvignil preventivno zdravstveno-higijensko skrbstvo s tem, da je dal inicijativo za ustanavljanje privatnih zdravstvenih odborov v podjetjih ali v posameznih krajih. S predavanji skuša urad dvigniti avtoriteto zavarovanja in smisel za zdravo življenje. Zobne dajatve spadajo v pretežni meri pod pojem preventivnega zavarovanja. Prejšnje zavarovanje teh dajatev sploh ni poznalo. Stvarne dajatve, ki v prejšnjem zavarovanju niso skoro igrale uloge, so danes najbistvenejši del vseh dajatev!

Tudi v pogledu denarnih podpor vidimo velik napredek. Podporna doba v bolezni je danes v glavnem za vse članstvo podaljšana na eno leto in je zvišana na dve tretjini zavarovalnega zaslužka, zdravljenje v bolnicah, klinikah, sanatorijih je od 4 tednov podaljšano na eno leto; tudi svojcem je dovoljeno zdravljenje v bolnicah. Ako ne more urad nuditi dajatve v naravi, jo nadomestuje z denarnim ekvivalentom v obliki dvojne hranarine. Krog svojcev, ki so deležni zavarovanja, je znatno razširjen. Novi zakon je posebno povdaril materinsko zavarovanje tako v smeri kurativnega, kakor tudi v smeri preventivnega zavarovanja. Podpora je od štirih tednov po porodu podaljšana na dva meseca pred in na štiri tedne po porodu. Porodnina znaša mesto 60 % danes 75 %; poleg te denarne podpore pa zakon priznava tudi dečjo opremo v višini 14kratnega zneska zavarovalne mezde in pa podpore za dojilje za 20 tednov po prestanku 2 mesecev po porodu. Da se porodi izvrše higijenično, dobi vsaka porodnica v naravi potreben obvezilni materijal in dezinfekcijska sredstva, seveda pa tudi potrebno babiško in zdravniško pomoč doma ali v bolnici. V preventivni smeri je urad organiziral specijalno materinsko skrbstvo z ustvaritvijo posebnih posvetovalnic za matere.

Tudi dajatve v nezgodnem zavarovanju so bile prvotno malenkostne in niso izpolnile svojih socijalnih funkcij. Polni invalid dela je bil le za 60% odškodovan, 40% škode, izvirajoče iz poškodbe, je delavec moral nositi sam brez rente. Danes je polna renta zvišana na 100%, v slučaju prav posebne poškodbe pa na 133⅓. To je tudi v redu, ker nezgodno zavarovanje je surogat zasebnopravnega jamstva, ki se mora raztezati na vso povzročeno škodo, v kolikor je z denarjem sploh mogoče odškodovati n. pr. izgubljeno oko. Zvišane so tudi vdovske, otroške in ascendentne rente od 20 na ⅓, odnosno od 15% na ¼ zaslužka moža. Delna renta ni smela presegati 50% zavarovanega letnega zaslužka; te omejitve danes ni. Odpravnina vdovi, ki se je ponovno možila, je znašala trikratni znesek njene letne rente, danes znaša celotni enoletni zavarovalni zaslužek svojega moža.

Danes se rentniku priznajo tudi proteze in nudijo vsa moderna zdravilna sredstva tako dolgo, dokler smatra zdravnik zdravljenje potrebnim.

Naravno, da mora tudi socijalno zavarovanje v kritje svojih zakonitih obveznosti imeti primerne dohodke. Kakor v vsakem zavarovanju, tako se more tudi v socijalnem zavarovanju višina

dohodkov, t. j. višina premije določiti le po zavarovalno-matematičnih načelih, t. j. po znanstvenih načelih, ki ne pripuščajo nobenega licitiranja niti navzgor, tem manj navzdol. Višina premije se ravna po v zakonu določenih d a j a t v a h. Te dajatve morajo odgovarjati socijalnim svrham prizadetega delavstva. Prvotne dajatve te svrhe niso dosegale. To je na prvi pogled očitno. Vemo, da je predvojni čas prvotne dajatve izboljševal, izboljševanje pa ni nikdar doseglo sedanje višine. Današnje dajatve so zato kvalitativno, kakor tudi kvantitativno daleko nad prvotnimi dajatvami. Temu primerno bi morale biti tudi zavarovalne premije sorazmerno znatno višje. To deloma tudi iz razloga, ker je bil pred vojno življenski indeks več ali manj v skladu s plačami, dočim je danes ta indeks precej pod realno vrednostjo mezd. To pomeni, da danes baza dohodkov urada ni v isti višini z osnovo izdatkov. Danes n. pr. znaša povprečna dnevna zavarovalna mezda v Sloveniji okrog 25 Din, s tem zneskom ni mogoče plačati enodnevne oskrbovalnine v bolnici, dočim je bilo pred vojno z enodnevno plačo delavca to mogoče. Draginja zdravil ni v skladu z osnovo dohodkov urada.

Danes znaša zavarovalna premija v bolniškem zavarovanju 6%, v nezgodnem tudi 6% pri nevarnostnem odstotku 100.

Vsaka okrajna bolniška blagajna na teritoriju Avstrije je imela svojčas drugačno premijo, ki se je v Sloveniji povprečno gibala od 4—7%. Različnost premije je gospodarstvo različno obremenjevala, kar ni bilo koristno. Tudi vsaka nezgodna zavarovalnica je imela svojo posebno premijo, le za prvo leto zavarovanja je bila določena za vse zavarovalnice skupna premija v višini 5·87% pri nevarnostnem odstotku 100%. Kmalu pa se je tarifa dvignila na 7% in 8%.

Če p r i m e r j a m o p r v o t n e i n s e d a n j e d a j a t v e v o b e h p a n o g a h z a v a r o v a n j a t e r s e d a n j e p r e m i j e, v i d i m o, d a j e s e d a n j a p r e m i j a v p r i m e r i z d a j a t v a m i n i z k a. D a j e p r i s e d a n j i p r e m i j i m o g o č e i z p o l n j e v a t i d o l ž n o s t i, k i j i h u r a d u n a l a g a z a k o n, j e t o m o ž n o l e p r i n a j v e č j i š t e d l j i v o s t i v a d m i n i s t r a c i j i i n p r i e k o n o m i z a c i j i d a j a t e v.

Tudi v zdravljenju igra ekonomija velike uloge. Ta ekonomija je povzročila, da je v Jugoslaviji 6-odstotna premija v glavnem zadoščala, in to celo v času največjih draginjskih perturbacij in tudi v času največjega prepada med mezdami, t. j. dohodki zavarovalne institucije in indeksom zavarovalnih dajatev v naravi. Druge države po vojni niso mogle obstati na konsolidirani predvojni premiji, katera je slonela na zdravih gospodarskih prilikah. Morale so premijo povišati, in to celo pri znatno ostrejših varnostnih klavzulah, kakršnih naš novi zakon skoraj nima in so torej pri nas vrata zlorabam brez stroge pazljivosti uprave na stežaj odprta. Tako znaša n. pr. v Nemčiji povprečna bolniška premija skoraj 8%, pri tem pa je za družinsko zavarovanje predpisan še poseben prispevek. Isti pojav vidimo v Avstriji, Čehoslovaški itd. Podobno je z nezgodno zavarovalno premijo. Pri nas so skušali premijo znižati, drugod pa povišati. Še danes je mnogo nezgodnih zavarovalnic, ki predpisujejo na podlagi 8-odstotne premije, pri nas smo imeli celo samo 5-odstotno premijo. Življenje pa se ne da prevariti: v n e z g o d n e m z a-

varovanju izkazujemo zavarovalno-matematični primanjkljaj!

Ekonomija je pogosto mogoča le z večjimi investicijami za moderne zdravstvene naprave in ustanove. Ta ekonomija v drugih državah ni bila mogoča, ker je bila in je še vedno uprava posameznih panog zavarovanja strogo ločena in praktično postoječi medsebojni interesi posameznih panog niso prišli do izraza. Bolniške blagajne same v drugih državah niso imele sredstev za investicijo, posojila tudi niso bila mogoča. Pri nas je izveden princip upravne unifikacije raznih panog zavarovanja in s tem dana možnost, da dobiva bolniška panoga proti razmeroma nizkim obrestim in amortizaciji investicijska posojila iz sredstev kapitalnega kritja v nezgodnem zavarovanju v svrho ekonomizacije uprave in zdravljenja. Država in tudi druge edinice niso ustvarile mnogo za izpopolnitev terapije. Še do nedavna je bil starejši Röntgen-aparat skoraj samo v ljubljanski bolnici na razpolago, kemično-diagnostični laboratoriji so skromni. Pavperizacija zdravnikov je vedno večja; zato so tudi njih ordinacijske sobe skromne glede potrebnega instrumentarija. Vse to je socijalno zavarovanje pogrešalo in bila je nevarnost, da zdravljenje članov postane zgolj formalnost brez efekta, s posledicami zavlačevanja ozdrav-

Gospod kolega!

Ste-ii 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.

ljenja, razmetavanja zdravil in denarnih podpor. Zato se je bolniško zavarovanje moralo modernizirati in iz primitivnosti preiti k sistematični izpopolnitvi in k premišljeni investicijski politiki v svrho ekonomizacije celotnega zavarovanja. Tu je jedro in vzrok „palač", ambulatorijev, okrevališč in drugih naprav. Samo tako je mogoče, da smo mi vzdrževali, da pa drugi niso mogli. Tako je sistem kapitalnega kritja izpopolnil veliko socijalno in tudi gospodarsko funkcijo. Kajti brez kapitalnega kritja ne bi bila investicija mogoča, brez tega ne bi bilo mogoče izvajanje bolniškega zavarovanja na podlagi 6-odstotne premije. Potrebno bi bilo večje zvišanje te premije, kakor pa bi bila momentana prištednja pri prehodu iz kapitalnega kritja v drug sistem.

K ekonomizaciji zdravljenja spada tudi specijalizacija zdravljenja. To je sicer navidezno dražje, po končnem efektu pa vendar cenejše. Zato ima urad do podrobnosti izvedeno službo specijalnega zdravljenja po specijalistih.

Vidimo torej, da nudi bolniško zavarovanje pri absolutno isti, relativno pa pri nižji kakor predvojni premiji v naravi kakor v denarju znatno, prav znatno več, kakor je nudilo pred vojno, zato čuvajmo predpogoje, ki so omogočili to dejstvo!

(Konec prihodnjič.)

Röntgen-institut kirurške bolnice v Frankfurtu ob Meni.

Dr. Leo Šavnik,
asistent Rö-instituta v Ljubljani, tč. v Frankfurtu ob Meni.

V aprilu t. l. je bil otvorjen Rö-institut, ki je najbrže eden najmodernejših na kontinentu. Ker bo gotovo marsikaterega zdravnika zanimalo, kako je tak institut urejen in kako deluje, ga bom skušal v prihodnjih vrstah kolikor mogoče natančno opisati.

Navajeni smo, gibati se po bolnicah in zavodih, ki stoje že dolgo vrsto let in ki trpe vsi na istem zlu: na ozkih koridorjih ter majhnih prostorih brez pritiklin, ki so velikemu obratu neobhodno potrebne. Spomnimo se samo na Allgemeines Krankenhaus na Dunaju ter na ostale bolnice, ki so z malimi izjemami (ženske klinike in bolnica mesta Dunaja, t. j. bivši Kaiser Franz Joseph Jubiläumsspital) stara nepraktična poslopja, ki že davno ne odgovarjajo več principom in obratu modernega zavoda. Isti vtis tesnobe dobimo tudi, če prestopimo prag pariškega Hôtel Dieu ali pa ženske klinke Tarnier ali Faure v Parizu. Človek se ne sme znebiti depresije in nehote se vpraša, ali je asepsa v teh starih zidovih z majhnimi okni in slabo ventilacijo sploh mogoča. Kako drugače pa vplivata na človeka prostornost in direktno razkošna oprema modernih čeških in nemških zavodov, med katerimi naj bi imenoval samo češko žensko in II. kirurgično kliniko v Pragi in kliniko prof. Döderleina ter dermatološko kliniko v Monakovem.

Isti vtis velikopoteznosti napravi tudi röntgenološki institut v Frankfurtu. Stavba je dvonadstropna z visokim pritličjem in suterenom, zidana popolnoma v železobetonu in po principu, ki ne dopusti nobenega prostora in kota, ki bi bil kolikor toliko skrit in bi tako ušel rednemu dnevnemu snaženju. Dostop dnevne svetlobe je povsod v največji meri mogoč, ker obstoje skoro vse zunanje stene iz dvojnih steklenih prizem, ki propuščajo svetlobo, ki pa vendar zaradi zračne plasti v sredini dobro držijo toploto. Zavod ima tri oddelke: v suterenu oddelek za obsevanje s kremensko lučjo in sollux ter diatermijo, v pritličju diagnostičen oddelek, v I. nadstropju oddelek za globinsko terapijo, v II. nadstropju pa laboratoriji ter stanovanja za zdravnike in strežništvo.

Oddelek za svetlobno zdravljenje in diatermijo:

Zdravljenje s kremensko lučjo se vrši kot terapija celega telesa tako, da se izpostavi celo telo vplivu žarkov, zato je kurjava teh prostorov položena v tla, ki so stalno primerno topla, da se prehlajenje izključi. V svrho večjega efekta obsevanja z ultravijoličastimi žarki so stene v teh prostorih beljene z aluminijevo spojino, ki poviša reflektiranje žarkov od stene. Za odstranitev po ultravijoličastih žarkih močno ozoniziranega zraka skrbi izdaten ekshavstor, ki stoji v zvezi z drugim ekshavstorjem, ki ventilira tudi ostale prostore diagnostike in globinske terapije. Tako so tu nameščeni trije manjši prostori za obsevanje s kremensko lučjo, en prostor za sollux obsevanje, ter velik prostor za obsevanje v grupah. Tu se obseva hkrati 10 do 15 otrok, ki se sprehajajo v krogu, od vseh strani s kremen-

skimi lučmi. Zraven tega prostora je slačilnica ter prha s toplo in mrzlo vodo. Na nasprotni strani koridorja je 5 manjših prostorov s 5 diatermičnimi aparati ter večji prostor za elektrokoagulacijo ter težje diatermijske slučaje. V istem suterenu se nahaja tudi fotografični oddelek, ki ga vodi strokovnjak-fotograf.

V pritličju takoj pri vhodu se nahaja sprejemni biro, ki ga vodi izučena sestra, ki bolnika dirigira na oni oddelek, katerega pomoč potrebuje. Nasproti sprejemnega biroja je čakalnica, katere sprednja stena je — prav tako kot stena sprejemnega biroja — iz stekla v svrho kontrole in hitrega poslovanja. Sprejemni biro je namreč zvezan s svetlobnimi signali z vsako kojo za slačenje v diagnostičnih prostorih, da more sprejemna sestra takoj, ko je koja prazna, upotiti bolnika v to kojo.

Diagnostika:

Diagnostičnih prostorov je šest, vsak ima svojo kojo za slačenje, po dva diagnostična prostora skupaj pa svoj poseben prostor za posluževanje aparatov. Vsak tak prostor je popolnoma izoliran in varen pred rö-žarki, z veliko sprednjo ploščo iz svinčenega stekla, da more sestra vsak čas nadzorovati delo v diagnostičnem prostoru samem. V enem prostoru se slikajo in diagnostično pregledujejo samo ekstremitete, v drugem zobje in glava, v tretjem pljuča in srce, v četrtem in petem želodec in črevo, v šestem ledvice in hrbtenica. Ta zadnji prostor je prizidan kirurgični kliniki in skozi svinčena vrata zvezan direktno z operacijsko sobo kirurgične klinike, tako da je mogoče bolnika peljati iz operacijske sobe naravnost pod senčnik in obratno. Ta soba ima tudi namesto običajnih tal teraco in zaradi nevarnosti visoke napetosti velja predpis, da ima personal v tem prostoru gumijeve copate preko čevljev.

V vsej diagnostiki stoji sedem aparatov različnih firm, glavni deli te aparature so pa nameščeni v tako zvanem mednadstropju, torej nad temi prostori in I. nadstropjem.

V pritličju se nahajata tudi temnica in predavalnica. Poslednja je obdana od dveh strani s stekleno dvojno steno, ki ima v sredini montirane električne luči in služi tako za izpostavo in pregledovanje slik. V predavalnici je tudi sušilnica filmov, ki posuši v 20 minutah največji film.

Terapijski prostori:

Celo prvo nadstropje zavzemajo terapijski prostori. Na eni strani hodnika se nahaja več manjših sob za pregled bolnika pred obsevanjem in za eventuelno preobvezavo ter za eventuelno aplikacijo radija. Poleg teh sta dva prostora za bolnike, ki se počutijo po obsevanju slabe, tako da morejo ostati v tem prostoru tudi preko noči. Za stalne bolnike, ki vsled svoje bolezni ne morejo prihajati ambulatorno, pa služi provizorično zidana baraka v bližini zavoda.

Terapevtični prostor sam zavzema celo stran prvega nadstropja in je tako urejen, da ga je mogoče popolnoma pregledati od vsake točke. V prostoru so nameščeni „Holfederjevi kanoni“, ki so popolnoma izolirani in varni pred žarki. Zaradi sekundarnega izžarevanja iz bolnika je pa prostor med posameznimi kanoni predeljen s premakljivo svinčeno steno, ki loči bolnika od soseda pod drugim

kanonom. Nadzorujoči zdravnik in sestre se pa nahajajo nasproti aparata v popolnoma s Kämpe-Lorey-ploščami in velikim svinčenim steklom zavarovani koji, iz katere se aparat tudi poslužuje. Slačilnice, ki so tudi tu nameščene, so prav tako potom svetlobnega signala združene s sprejemno pisarno, da informirajo tam sestro, kateri aparat je prost.

„Kanonov" je šest in so nameščeni po trije in trije radiarno skupaj. Visoka napetost vodi do teh „kanonov" skozi dva posebna steklena stolpa iz II. nadstropja nad terapijskimi prostori, kjer se nahaja šest odgovarjajočih stabilivoltnih naprav.

V I. nadstropju se nahajajo tudi pisarne in prostori direktorja zavoda ter knjižnica za zdravnike. Tudi direktor ima v svoji pisarni popolno napravo s svetlobnimi signali ter se more na ta način takoj informirati, koliko aparatov je v teku in na katerem oddelku.

V II. nadstr. je poleg že omenjene stabilivoltne naprave laboratorij, ki ima tudi svoj poseben terapevtski aparat starejšega tipa v svrho znanstvenih raziskavanj. V tem nadstropju je tudi filmski arhiv. Katastrofa, ki jo je doživela lansko leto bolnica v Clevelandu vsled eksplozije filmov, nas je naučila, da moramo biti pri shranjevanju filmov izredno previdni. Prepoved kajenja tu ne zadostuje, posebno ker se nakopiči tekom let velikanska množina filmov in se z njo vred nevarnost eksplozije vedno povečava. Institut je potom dveh težkih železnih vrat, ki se avtomatično zapirajo, popolnoma ločen od filmskega arhiva, razen tega pa so okna izredno velika ter stekla kolikor mogoče tenka. Stene so iz ognja varnega materijala in ves dim in nevarni plini bi pri eventualnem ognju uhajali na vrt instituta, tako da ne bi mogli neposredno škodovati zavodu in sosednim klinikam.

Omenim naj še, da so vsi prostori zvezani med seboj s telefonom in da se vse izvide diktira v parlograf. Na ta način je mogoče, da dobi bolnik že isti večer, ko je bil n. pr. slikan, diapozitiv in izvid v roke, oziroma se oboje dostavi oddelku, ki ga je poslal na preiskavo.

Poleg instituta ima še vsaka klinika svojo röntgenološko štacijo, tako da je decentralizacija röntgenologije popolnoma izvedena in da ostane centralnemu institutu v glavnem naloga raziskavanja in odločevanja v najtežjih slučajih. Ves drug, tako rekoč dnevni diagnostičen in terapevtičen materijal pa ostane na röntgenološki štaciji dotične klinike. To je edino pravilna pot, ki vodi do pravih uspehov. Rö-terapevt mora biti v stalnem stiku z bolnikom, mora kontrolirati vsa terapevtična sredstva, ki so bila pri bolniku uporabljena, mora izvršiti vse potrebne predpriprave za obsevanje, opazovati reakcijo organizma in terapevtično vplivati na znake rö-mačka, v kolikor je to mogoče. Tudi terapija po obsevanju je najmanj tako važna kot obsevanje samo. To dejstvo se je pa navadno pregledalo in to je glavni vzrok, da po nekaterih krajih še danes ni röntgenološka terapija na tisti stopnji in tisti višini, kot ji po njenih uspehih pritiče.

O obratu na centralnem institutu ter na röntgenološki stanici ženske klinike prof. Seitza ter o uspehih in neuspehih bom poročal pozneje.

Iz Higijenskega zavoda v Ljubljani. V. d. direktorja: Dr. Ivo Pirc.

Sedanje stanje vprašanja aktivne imunizacije difteriji.

(S posebnim ozirom na Slovenijo.)

Dr. Stane Lutman.

S sistematskim delom v laboratoriju in ob bolniški postelji, predvsem pa s primerno prehrano zdravega dojenčka smo dosegli, da je umrljivost v tej najzgodnji mladosti padla za skoro 50 %. Velike uspehe beležimo nadalje tudi v boju proti rahitidi in je le vprašanje časa in seveda denarja, če bomo to morilko popolnoma zatrli.

Odpira se nam težji problem, vprašanje omejitve akutnih otroških bolezni. Da tu ne moremo beležiti sličnih uspehov, nam dovolj jasno priča statistika obolenj, zlasti pa ona letalitete pri difteriji, ki znaša pri nas v Sloveniji 10·15 %. To pa kljub moderni terapiji z Behringovim zdravilnim serumom. Dasi se danes splošno priznava zdravilnemu serumu važnost, ki mu pripada in ker ni pričakovati, da bi se obogatil terapevtični zaklad v doglednem času z boljšim sredstvom, bi bilo umestno, če bi se poslužili v borbi proti difteriji načina, ki se nam je izkazal uspešnim v boju proti ostalim boleznim, namreč načina profilaktične borbe pri zdravem otroku. To je edina pot do uspešnega pobijanja davice in s tem eo ipso tudi do znižanja letalitete. Dočim ovira širjenje ostalih nalezljivih bolezni moderna telesna kultura, higijena stanovanj, asanacija itd., nam tu ravno civilizacija z večjo gostoto prebivalstva in boljšimi komunikacijskimi sredstvi naravnost pospešuje širjenje teh bolezni. Bacilonosci — in kje teh ni? — sejejo venomer kali okoli sebe. V velikih mestih jih je (Park, Martin, Seligmann) 1—3 % sorazmerno z gostoto prebivalstva. Imamo sicer bacilonosce tudi pri prvi skupini bolezni, vendar ti radi zboljšanja higijenskih razmer in radi kompliciranega načina okuženja ne pridejo prav do veljave, dočim postanejo v nesaniranih krajih lahko nevarni, kar vidimo n. pr. v nekaterih naših slovenskih vaseh, kjer se pojavi kaka kratkotrajna epidemija tifusa. Tak bacilonosec, ki oboli, leži doma in s tem je več ali manj okolica že opozorjena na bolezen. Pri difteriji pa seje bacilonosec kali v dobi inkubacije, ko še nima subjektivnih znakov obolenja. Tudi potem, ko je prebolel bolezen, je še več tednov ali celo mesecev nevaren za svojo okolico. Koliko pa je še bacilonoscev, ki sploh ne obolè ali, ki le nalahno reagirajo na infekcijo, event. z malo povišano temperaturo ali kratkotrajno angino!

Iz teh primerov vidimo, zakaj je ostala borba proti akutnim otroškim boleznim kljub sanitarnim meram in poboljšanju higijenskih razmer do sedaj brezuspešna. Vzrok je pač ta, da povzročitelja davice, ošpic itd. ne moremo lokalizirati, kakor to lahko storimo pri drugih.

Deghwitz sodi, da so uvedli cepljenje proti kozam (variola) prav za prav le zato, ker niso našli uspešnega sredstva zoper to močno razširjeno bolezen. Človek pa, ki je bil enkrat cepljen in

se nahaja v miljeju brez variole, se mora podvreči čez nekaj časa ponovnemu cepljenju, če si hoče ohraniti trajno svojo imuniteto. Če se pa nahaja v kraju še nekaj takih obolenj, mu tega ni treba, ker vršé pri njem bolniki ali rekonvalescenti po kozah to cepljenje nezavedno sami. Nekaj sličnega je z difterijo. Iz tega razloga nam bolniki oziroma bacilonosci prav za prav lahko koristijo, seveda le tedaj, če vodimo borbo proti difteriji na zdravem otroku, s profilaktičnimi merami. Če se nam torej posreči analogno cepljenju proti kozam ob svojem času, torej v rani otroški dobi, s cepljenjem proti difteriji doseči neko nenevarno infekcijo, ki jo lahko obvladamo in s tem damo pobudo k vztrajanju antitoksinov, skratka, da aktivno imuniziramo dotično osebo, potem bo poskrbela že okolica, s katero bo prišla ta oseba v dotik in v kateri ne nedostaje nikdar bacilonoscev, da bo oseba vedno superinficirana in da se bo s tem podaljšala imuniteta ter se sčasoma spremenila v trajno, četudi je reakcija na ponovno okuženje potekla skoro neopaženo.

Kakšna je pri difteriji tabela sprejemljivosti, oziroma koliko je nosilcev specifičnih antiteles, razberemo iz statistik velikih mest, predvsem Newyorka, kjer je bilo na Schickovo reakcijo preiskanih 152.514 o s e b. Antitoksin se pa nahaja le tam, kjer je deloval prej toksin in je strogo specifičen. Tabela št. 1. nam pokaže, da je pri mestnem prebivalstvu nositeljev antitoksinov (torej Schick-negativnih):

Tab. 1.

pri novorojenčkih	85·— %
koncem prvega leta	8·9 %
koncem četrtega leta	39·7 %
koncem devetega leta	67·8 %
koncem štirinajstega leta	80·3 %
koncem tridesetega leta	87·8 %
preko te dobe	93·1 %

Tudi statistika ostalih velemest se bistveno ne razlikuje glede odstotkov. Ta krivulja gre analogno z ono ošpic (morbilli) in pertussis paralelno z gostoto prebivalstva in iz tega sklepamo, da morajo biti potemtakem bacili davice in bacilonosci ubikvitarni, če je po končani otroški dobi že 80 % nosilcev antitoksinov. Ali ta tabela nam pokaže še nekaj drugega, namreč, da poteka infekcija z bacilom difterije večinoma brez reakcije, ker tudi za časa največjih epidemij ne najdemo 80% obolele dece. Iz tega sklepa D e g h w i t z, da nam v času težkih epidemij difterije ne bi koristila nikaka ekspozicijska profilaksa, ker je število bacilonoscev zelo razširjeno. Ne samo imunobiološke, temveč tudi klinične izkušnje se s tem strinjajo.

Iz Seligmannove statistike morbiditete difterije v Berlinu od l. 1905.—1914. je razvidno, da pada višina morbiditete z naraščajočo starostjo otrok. Absolutna števila nam prikažejo, da oboli za difterijo od 10.000 živih dotičnega starostnega razreda:

Tab. 2.

Doba starosti	v ‰
v prvem letu	33·5
med 2. in 4. letom	104·7
med 5. in 9. letom	111·9
med 10. in 14. letom	42·3
med 15. in 30. letom	8·2
preko 30. leta	1·9

Iz tabel 1 in 2 je razvidno, da raste morbiditeta v posameznih starostnih razredih tem bolj, čim manj razpoložljivih antitoksinov v krvi vsebuje ta razred. To znači, da so antitoksini čuvarji organizma proti okuženju. Da so statistike pridobljene iz različnih mest, ne izpremeni ničesar na stvari, ker se v tem ujemajo tudi ostale statistike z manjšim številom prebivalstva.

Nas bo seveda predvsem zanimal potek od prvega leta starosti dalje pa do petega ali celo devetega leta, kadar je število antitoksinov v krvi najnižje. Da pride tudi po puberteti do difteričnih obolenj, si razlagamo na ta način, da se ne more tako velik odstotek ljudi imunizirati kakor n. pr. pri ošpicah. Drugi vzrok pa bi bil ta, da je brzina okuženja z dotičnimi bacili manjša kakor pri ošpicah in pertussisu in so to le izjemni slučaji, ki se ne morejo tako hitro imunizirati, kakor večina ostalih. Navadno so to priseljenci iz pokrajin z manjšo gostoto prebivalstva, ki iščejo v tej starostni dobi zaslužka po mestih. Nekateri otroci, navadno beremo 5—12 % (sicer pa to ni zanesljivo število), se ne dado imunizirati. Ti otroci so, morda iz konstitucijalnih razlogov refrakterni. Nezmožnost izdelovanja antitoksinov se podeduje korelativno s krvno skupino, kakor oni del staršev, ki ni imun proti difteriji. Ne drži očitek, da bi z aktivno imunizacijo ne dosegli nikakega uspeha z ozirom na morbiditeto in letaliteto, češ, da obolè in umrò na davici otroci, ki jih nikakor ni mogoče imunizirati. Vendar tudi male sukcesivne infekcije niso brez koristi, o čemur priča Seligmannova statistika o letaliteti v Berlinu.

Tab. 3.

Od 100 davičnih je umrlo (absolutne številke od l. 1905.—1914.):

Doba starosti	v %
od prvega leta starosti	42·7
med 2. in 4. letom starosti	17·6
med 5. in 9. letom starosti	9·4
med 10. in 15. letom starosti	6·2
med 15. in 20. letom starosti	3·3
med 30. in 50. letom starosti	4·8

Te številke so mnogo previsoke, posebno če pomislimo, da so iz dobe Behringovega seruma. Iz tabele se vidi, da so imunizacije

nezmožni poedinci sicer oboleli, pač pa v mnogo manjšem odstotku umrli, dočim je število onih, ki so preboleli le malo infekcijo (2—4 leta), izredno visoko.

Če ob koncu prvega leta umetno okužimo otroke na način, ki ga zamoremo obvladati, in to brez rizika, vidimo, da sicer ne zamore to umetno okuženje več kakor naravno, pač pa zasiguramo gotovemu odstotku, ki ga ne bi uspeli imunizirati, tako stanje, kot je stoprav ono v dobi po puberteti. Mogoče ne bi zmanjšali s tem morbiditete, pač pa letaliteto.

Preden pa pridemo do bistva, oziroma potrebe aktivne imunizacije same, načina in kritične presoje, si usojam podati par številčnih dokazov, ki nas bodo uverili, da je aktivna borba proti difteriji popolnoma upravičena.

Tab. 4.

Gibanje difterije v letih

Srezi:	1926					1927					1928				
	ostalo	priraslo	umrlo	ozdravilo	ostane	ostalo	priraslo	umrlo	ozdravilo	ostane	ostalo	priraslo	umrlo	ozdravilo	ostane
Brežice	2	12	1	10	3	3	9	2	9	1	1	24	5	20	—
Črnomelj	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	5	—
Kamnik	—	5	—	5	—	—	7	2	5	—	—	37	6	31	—
Kočevje	—	9	2	7	—	—	4	2	2	—	—	9	2	7	—
Kranj	—	56	1	52	3	3	9	1	11	—	—	30	1	29	—
Krško	—	10	—	10	—	—	29	6	22	1	1	7	—	8	—
Laško	-	9	1	6	2	2	7	-	9	—	—	3	1	2	—
Litija	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	1	—
Ljubljana—mesto	1	71	5	60	7	7	39	2	43	1	1	25	1	22	3
Ljubljana—okolica	—	26	5	21	—	—	15	5	10	—	—	27	7	11	9
Logatec	—	1	—	1	—	—	2	—	2	—	—	5	2	—	3
Novo mesto	—	7	2	5	—	—	21	3	17	1	1	9	5	5	—
Radovljica	—	13	—	11	2	2	15	1	16	—	—	8	1	7	—
Ljubljanska oblast	3	228	17	197	17	17	166	25	152	6	6	192	32	151	15
Celje—mesto	—	5	—	5	—	—	8	—	8	—	—	8	2	6	—
Celje—okolica	—	17	2	15	—	—	8	—	7	1	1	26	5	19	3
Čakovec	2	4	4	2	—	—	4	—	4	—	—	1	—	1	—
Dolnja Lendava	—	7	2	5	—	—	10	2	8	—	—	11	2	9	—
Gornji grad	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—
Konjice	—	2	1	1	—	—	5	2	3	—	—	—	—	—	—
Ljutomer	—	9	2	6	1	1	8	2	6	1	1	7	2	6	—
Maribor—mesto	2	54	4	44	8	8	28	1	34	1	1	34	3	32	—
Maribor desni breg	—	14	2	11	1	1	5	—	6	—	—	25	2	19	4
Maribor levi breg	—	2	—	1	1	1	21	5	16		1	15	3	12	1
Murska Sobota	—	15	5	10	—	—	28	7	17	4	4	13	1	15	1
Prevalje	—	2	—	2	—	—	10	1	7	2	2	19	1	20	—
Prelog	—	—	—	—	—	—	4	2	1	1	1	4	3	2	—
Ptuj—mesto	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—
Ptuj—okolica	1	27	5	22	1	1	19	5	15	—	—	28	2	22	4
Slovenjgradec	2	9	—	11	—	—	6	—	6	—	—	7	2	4	1
Šmarje pri Jelšah	—	5	1	4	—	—	15	3	7	5	5	44	7	40	2
Mariborska oblast	7	172	28	139	12	12	181	30	147	16	16	244	36	208	16
Slovenija	10	400	45	336	29	29	347	55	299	22	22	436	68	359	31

Tab. 5.

Pobol (morbiliteta) in smrtnost (letaliteta) v % in na 10.000 prebivalcev

Srez:	1926		1927		1928	
	pobol	smrtnost	pobol	smrtnost	pobol	smrtnost
Brežice	3 70	7 14	2·77	16·67	7·40	20·00
Črnomelj	*	*	0	*	2·52	16·67
Kamnik	1 42	0	1·85	25·00	9 80	16·22
Kočevje	2·25	22·22	0·90	50 00	2·03	22·22
Kranj	10·85	1·79	1·74	8·33	5·81	3·33
Krško	1 78	0	5·09	22·22	1·23	0
Laško	2·75	11·11	2 14	0	0·92	33·33
Litija	*	*	0·27	100·00	0·27	0
Ljubljana—mesto	12 46	6·94	6·84	4·35	4·39	3·85
Ljubljana—okolica	3·80	19·23	2 19	26·32	3·95	25·93
Logatec	0·35	0	0·69	0	1 72	40 00
Novo mesto	1·39	28·57	4·17	14·29	1 79	50 00
Radovljica	4·03	0	4·60	5·88	2·45	12·50
Ljubljanska oblast	4·10	7·36	2·94	13.66	3·40	16 16
Celje—mesto	6·45	0	9·58	0	9·58	25 00
Celje—okolica	2·86	11·76	1·40	0	4·56	18·52
Čakovec	0·82	66·67	0 82	0	0·20	0
Dolnja Lendava	1·75	28·57	2·48	20·00	2·73	18·18
Gornji grad	*	*	0	*	1·25	50·00
Konjice	0·96	50·00	2·59	40·00	*	*
Ljutomer	2·65	22·22	2·35	22·22	2·05	25·00
Maribor—mesto	15·69	7 14	7·87	2·70	9·56	8 57
Maribor—desni breg	3 05	14·29	1·09	0	5·45	8·00
Maribor - levi breg	0·41	0	4·22	22·72	3·01	18·75
Murska Sobota	2·63	33·33	4·87	25 00	2·26	5 88
Prevalje	0 71	0	3·45	10 00	6·56	4·76
Prelog	*	*	0 80	50·00	0·80	60·00
Ptuj—mesto	*	*	4·78	0	*	*
Ptuj—okolica	3·59	17·86	2·49	25·00	3·67	7·14
Slovenjgradec	3·31	0	2·21	0	2 57	28·57
Šmarje pri Jelšah	1·04	20·00	3 10	20·00	9 10	14·20
Mariborska oblast	2·67	15·64	2·79	15·54	3·77	13·85
Slovenija	3·33	10·98	2·86	14·63	3·60	14·85

* Ni bilo slučaja obolenja.

Opozoriti moram pri tem na število prebivalstva, da si bomo na jasnem glede obsega obolenj. Mariborska oblast je imela 598.870, ljubljanska pa 564.512 prebivalcev, skupno torej 1,163.382. Na 100.000 prebivalcev bi torej prišlo okrog 35 slučajev davice, kar je prav malo, če primerjamo to z amerikansko statistiko države in mesta Newyork (glej spodaj), kjer oboli trikrat toliko oseb za difterijo. Seveda ne smemo pri tem pozabiti, da je tam gostota prebivalstva mnogo večja. Ta uradna amerikanska statistika nam kaže še nekaj drugega, namreč: v koliko je padla morbiditeta in letaliteta v dobi aktivne imunizacije. Država Newyork je do sedaj tudi edina dežela, ki je aktivno imunizirala deco v tako velikem obsegu (preko 150.000 otrok) in o tem cepljenju izdala tudi uradna poročila.

Tab. 6.

Obolenja in smrtni slučaji na 100.000, letaliteta na 100 obolenj.

Leto	New-York država					New-York mesto					Država New-York brez mesta				
	obolenja	smrtni slučaji	O	S	L	obolenja	smrtni slučaji	O	S	L	obolenja	smrtni slučaji	O	S	L
1912	18.927	1624	200	17·2	8·6	13.533	1126	273	22·7	8·3	5.394	498	120	11·1	9·2
1913	20.247	1853	211	19·3	9·2	14.585	1334	289	26·4	9·1	5.262	519	124	11·4	9·2
1914	22.537	2015	231	20·7	8·9	17.129	1492	334	29·0	8·7	5.408	523	117	11·3	9·7
1915	20.806	1769	210	17·8	8·5	15.279	1278	292	24·5	8 4	5.527	491	118	10·5	8·9
1916	19 146	1524	191	15·2	8·0	13·521	1031	254	19·4	7·6	5 625	493	120	10·5	8·8
1917	19.183	1755	190	17·3	9·2	12.624	1158	234	21·4	9 2	6.559	597	139	12·6	9·1
1918	14.533	1771	142	17·3	12·2	9.454	1245	172	22·7	13·2	5 079	526	107	11·1	10·4
1919	25.077	2056	243	19 9	8·2	14.014	1239	251	22·2	8·8	11.063	817	233	17·2	7·4
1920	24.808	1905	237	18·2	7·7	14.166	1045	251	18·5	7·4	10.642	860	221	17·9	8·1
1921	27.026	1703	255	16·1	6·3	15.110	891	266	15·7	5 9	11.916	812	243	16·5	6·8
1922	18.868	1454	176	13·5	6·7	10.427	873	182	15.2	8·4	8.441	581	169	11·6	6 9
1923	15·094	1009	139	9·3	6·7	8 050	554	139	9·6	6·9	7·044	455	138	8·9	6·5
1924	15.570	1084	141	9·8	7·0	9.687	714	166	12·2	7·4	5·883	370	113	7·1	6·3
1925	13.423	998	120	8·9	7·4	9.053	661	154	11·2	7 3	4.370	337	83	6·4	7·7
1926	10.678	726	94	6·4	6·8	7.031	477	119	8·1	6·8	3.647	249	68	4 6	6·8

O = obolenja, S = smrtni slučaji, L = letaliteta.

(Dalje prihodnjič.)

DROBIŽ

40-letnica socijalnega zavarovanja v Dravski banovini. V slavnostni dvorani okrožnega urada za zavarovanje delavcev v Ljubljani se je proslavila dne 21. decembra 40-letnica socijalnega zavarovanja v prisotnosti zastopnikov kr. banske uprave, urada, zveze blagajniških zdravnikov itd. V dvorani je bilo razstavljeno statistično gradivo, ki živo priča o zgodovini, pomenu in delovanju urada, širši publiki so bile poleg tega namenjene mnogoštevilne poučne slike in diapozitivi o preprečenju nezgod.

Slavnost je otvoril komisar Ljubljanskega OUZD g. M. Krek, ki je povdarjal v svojem govoru važno ulogo urada v gospodarskem življenju dravske banovine, če pomislimo, da znaša število zavarovancev, to je članov in svojcev pribl. ⅓ prebivalstva. Delavec, ki se izčrpa v svojem poslu, mora imeti zavest, da se zbira vsaj neobhodno potreben prispevek iz uspeha njegovega dela v skupno rezervo, ne samo zanj, temveč tudi za njegovo družino in ta zavest naj ga reši najhujših skrbi za bodočnost. Brez dobro izvedenega zavarovanja so danes narodi in države stalno izpostavljene gospodarskim in socijalnim pretresom. Ni danes resnega človeka, ki bi se upiral ideji širokega socijalnega zavarovanja. Z nadaljnimi reformami bodo izginile še zadnje upravne trdote. Končal je g. komisar z besedami, da ni pač nikogar, ki ne bi Okrožnemu uradu o taki priliki iz srca želel napredka, uspešnega dela in razvoja.

Nato je poročal obširneje g. direktor Dr. J. Bohinjec o zgodovini socijalnega zavarovanja, kojega govor je v širšem ekscerptu objavljen med originalnimi članki današnje številke.

Kot tretji je povzel besedo šefzdravnik urada g. dr. I Zajec ter obravnaval temo zdravniške službe v socijalnem zavarovanju, katere organizacija je pač najvažnejše vprašanje zavarovanja. Kljub temu so bila tu in tam brez zdravnikov rešena najvažnejša in najtežja vprašanja socijalne politike in so bili izdani zakoni, ki so brez iskrenega in nesebičnega sodelovanja zdravnikov neizvedljivi. G. šefzdravnik je citiral v nadaljnem znanega avtorja Lieka, kojega očitki, naperjeni proti socijalnemu zavarovanju, so po mnenju govornika močno pretirani in naslovljeni na napačni naslov. Ako se socijalno zavarovanje od strani zdravnikov nepravilno in nepravično izvaja, pada očitek na zdravnika, ki ne sme zavarovancu zapisati vsega, kar si le-ta želi, ampak le to, kar zasluži.

V zgodovini socijalnega zavarovanja dravske banovine beležimo tri etape, prvo od početka do l. 1918, karakterizirano po skromnih dajatvah. Zdravniška služba je bila tedaj razdeljena na okrajne bolniške blagajne in nekaj obratnih in društvenih blagajen. V letih 1918-1922 so se dotedanje bolniške blagajne razpustile in se je centralizirala administrativna in zdravniška služba pri bivši okrajni bolniški blagajni za Slovenijo. Ustanovili so se ambulatoriji v Ljubljani, Mariboru in Celju, nastavili so se specijalisti in sklenjena je bila kolektivna pogodba med blagajno in v l. 1920. ustanovljeno ZBZ (Zveza blagajniških zdravnikov). V tretji in zadnji etapi se je s prizadevanjem SUZOR-ja končnoveljavno uredila zdravniška služba.

Glavni temelji zdravniške službe v socijalnem zavarovanju so: kolektivna pogodba, ambulatoriji in zdravniški okoliši. Največji ambulatorij dravske banovine ima Ljubljana, ki dobi vrednega tekmeca prihodnje leto v Mariboru. Manjši ambulatoriji so za enkrat še v Mariboru, nadalje v Celju, Ptuju in Kranju.

Dajatve so se razširile s specijalističnim lečenjem v zdraviliščih, sanatorijih, okrevališčih; vedno akutnejše postane vprašanje tuberkuloze, ki močno obremenjuje urad. V bodočnosti bo treba v tesni kolaboraciji z drugimi faktorji rešiti še mnogo perečih vprašanj.

Govorom so sledili navzoči z zanimanjem in niso štedili s priznanjem. Prebrale so se pismene čestitke, čestitali so uradu številni zastopniki, med drugimi SUZOR-ja in ZBZ, v koje imenu je g. dr. Dereani podčrtaval pomen zdravništva za socijalno zavarovanje, povdarjajoč, da gre zdravnikom vodilna uloga v zavarovanju.

Na koncu je sporočil g. ravnatelj Dr. Bohinjec ustanovitev posebnega protituberkuloznega fonda za borbo proti tej ljudski kugi.

Zvečer je predaval ordinarij za rentgenologijo g. dr. Hebein o pomenu Röntgenovih žarkov za diagnosticiranje in lečenje raznih bolezni in ponazoril svoja izvajanja s številnimi prav imenitnimi skioptičnimi slikami. Želeti bi bilo, da se zanima tudi širša publika za tako predavanje o Röntgenovih žarkih, kajti urad razpolaga s popolnoma opremljenim in moderno urejenim röntgenološkim oddelkom za diagnozo in terapijo.

Tudi mi zdravniki čestitamo uradu iskreno k sedanjim uspehom in želimo, da bodo zdravniki v bodočnosti prejemali za svoje trudapolno in odgovorno delo pravično plačilo in se tedaj z veseljem posvetili sodelovanju pri socijalnem zavarovanju in da bomo v desetih letih na prav svečan način slavili polstoletje socijalnega zavarovanja v naši banovini.

Nobelova nagrada za fiziko. Za leto 1929. jo je prejel mladi, 37 letni francoski učenjak, vojvoda Louis Victor de Broglie, potomec starega plemiškega rodu. Izprva je študiral literaturo in zgodovino ter napravil šele 1924 doktorat iz fizike. Že s prvo svojo razpravo, doktorsko disertacijo „Izsledki kvantne teorije", si je pridobil med učenjaki svetovno ime. Njegovo znanstveno delo je posvečeno pred vsem problemu svetlobe. Doslej smo imeli dve teoriji o bistvu svetlobe, fluidalno (emanacijsko) in valovno (vibracijsko) teorijo. Broglie je na osnovi takozvanih Brogliejevih valov združil obe teoriji in ugotovil, da se elektromagnetična materija elektronov giblje in širi v obliki valov, kojih dolžina je tem manjša, čim večja je brzina njih gibanja.

Orto- in paravodik. Pred meseci so razširili dnevniki senzacijonalno vest, da je neki nemški kemičar razkrojil vodik na dva nova atoma. To ne odgovarja resnici, pač pa so eksaktni eksperimenti naknadno potrdili teoretično domnevo dveh vrst vodika. To odkritje obuja predvsem spoznavno kritično pozornost, ker je moderna atomska teorija napovedala na osnovi svetlobnih spektrov in žarivosti radioaktivnih substanc gotova svojstva neskončno malih, nepredstavnih molekul (1 cm^3 vodikovega plina obsega 27 trilijonov molekul). Vsaka vodikova molekula sestoji iz dveh atomov, ki se vrtita drug okoli drugega. Vsak atom je spet sestavljen iz pozitivnega jedra (protona) in negativnega elektrona, ki kroži okoli prvega. Jedro in elektron pa se vsak zase zopet suka okoli svoje osi kakor vrtavka. Z golo teoretično in logično dedukcijo sta Heisenberg in Hund napovedala dve vrsti vodikovih molekul, v simetrični modifikaciji krožita atoma v isti smeri, v asimetrični pa nasprotno. Praktični poizkusi so nato ugotovili, da sestoji navadni vodik res iz zmesi dveh modifikacij, iz orto- in paravodika, inačici pa se kemično ne razlikujeta, torej nimata praktičnega pomena.

Stoletnica Lamarckove smrti. Stvaritelj moderne razvojne teorije, po kateri sedanje živali niso bile ustvarjene, marveč se je vse nepregledno premnoštvo oblik tekom milijonskih razdobij razvilo iz prvotno malega števila enostavnih živi. Jean Baptiste Lamarck je bil rojen 1. avgusta 1744 in je umrl 18. decembra 1829. V preteklem decembru se je spominjal ves znanstveni svet očeta razvojne ideje, ki je kakor plameneča, revolucijonarna baklja razsvetlila temo in skrivnosti prirodnega nastoja. Dasi znanost še ni dognala vseh činiteljev razvoja in še dolgo ta naloga ne bo rešena, vendar so znanstveniki vseh strok sprejeli in priznali pravilnost razvojne ideje same.

Pred Lamarckom je splošno veljala dogmatična teorija o konstanci in neizpremenljivosti ustvarjenih živali. Lamarck je prvi v zavestnem in metodičnem nasprotju ž njo postavil tezo o razvoju živali že l. 1800. v otvoritvenem predavanju o invertebratih ter jo objavil 1801 v predgovoru dela „Système des animaux sans vertèbres", rekoč, da je priroda ustvarila najenostavnejše organizme, iz katerih je potem „s pomočjo" dolgih razdobij in ugodnih pogojev napravila vse druge. Definitivno je formuliral svoj razvojni nazor 1809 v knjigi „Philosophie zoologique" dobesedno:

Prvi zakon. V vsaki živali, ki še ni dosegla konca svojega razvoja, povzroči pogostna in trajna raba kakega organa polagoma njega okrepitev, ga razvije in poveča in mu da moč sorazmerno s trajo rabe; dočim ga trajni nedostatek rabe neopazno oslabi, povzroči njega redukcijo, postopoma zmanjša njegove sposobnosti in konča z njegovo izgubo.

Drugi zakon. Vse, kar individuj po prirodi pridobi ali izgubi pod vplivom pogojev, katerim je njegovo pleme daljši čas izpostavljeno, torej pod vplivom prevladujoče rabe ali nerabe kakega organa — vse to se ohrani potom dednosti in preide na nove individuje, ki iz njega izvirajo, s predpostavo, da so tako pridobljene izpremembe obema spoloma lastne, ali temu, ki da izvor novim individujem.

Lamarck je torej izvajal ves razvoj iz rabe ali nerabe organov, iz funkcije ali nefunkcije in iz dednosti pridobljenih izpremememb. Njegovo teorijo je s posebnim uspehom razširil njegov prijatelj Geoffroy Saint-Hilaire. Leta 1830. se je razvnela javna diskusija o razvojni ideji, ki je razgibala vso duhovno Evropo, tako da so se izobraženci bolj zanimali za potek debate ko za julijsko revolucijo. V pariški akademiji je odnesel zmago reakcijonarni pristaš stare stalnostne teorije, avtoritativni in sugestivni Cuvier, ker je bila vsa francoska biološka mladina na njegovi strani. Dvojen in poučen opomin kritični zgodovini, kako nevarne so domišljave in vplivne osebe v razvoju znanosti, ker utegne njih osebna moč in sugestivnost za dolgo zapreti z zmoto pot znanstvenemu razvoju; drugič, da ni nezrela in sugestibilna mladina nikoli zanesljiv kriterij pravilne poti in smeri.

Šele Charles Darwin je rešil Lamarckovo znanstveno čast l. 1859. z izdajo svojega glavnega dela „O nastoju vrst v živalstvu in rastlinstvu potom prirodnega izbora ali ohranitev izpopolnjenih plemen v borbi za obstoj". Darwin je uspešno nastopil kakor Pavel razvojne ideje, ki je ž njim prodrla in zmagala na vsej črti, dasi njegova razlaga razvoja potom prirodnega izbora in boja za obstanek ni našla splošnega priznanja (Weismann, de Vries, Reinke).

Metamorfoza duše. Doslejšnja psihologija je predpostavljala, da se razvija človeška duša neprekinjeno v ravni črti od zibke do groba, da je otroška duša v vseh sposobnostih bistveno enaka odrasli, različna samo po stopinji razvoja in popolnosti. Po filozofskem nazoru racionalizma je človeška duša prirojena z vsemi sposobnostimi in z vso vsebino, predstavami in pojmi, duša se potem avtomatično razvija kakor navito pero in človek spoznava brez izkustva sam iz sebe, kakor prede pajek svojo mrežo sam iz sebe. To staro, tradicijonalno zmoto je ovrgel šele moderni znanstveni empirizem, osobito pa eksperimentalna psihologija. Z empiričnim dokazom je padel tudi zavistni in resnicomrzni očitek, da nima eksperimentalna psihologija nobenega pomena za znanost, ker samo mehanično razkraja znana dejstva in ne more odkriti nič novega.

Nemški psiholog E. R. Jaensch in njegovi učenci so namreč eksperimentelno ugotovili, kar so z istim uspehom preizkusili in potrdili vsi drugi psihološki laboratoriji, da doživi večina ljudi popolno metamorfozo svoje duše, da prekine ta

metamorfoza mladostni razvoj in ga naravna v nasprotno smer. Navadno se izvrši ta metamorfoza okoli 10.—12. leta, a ne pri vseh ljudeh in ne pri vseh enako, duševni razvoj neizobražene mase in prirodnjakov (divjakov) obtiči na otroški stopnji. Ta eksperimentalna ugotovitev je za kulturno zgodovino neprecenljive važnosti, ker nam z enim žarkom razjasni in razloži vso mitologijo in posebnosti drugih kulturnih produktov (filozofija, jezik) starih, primitivnih narodov, od katerih smo s tradicijo prevzeli toliko zmot in utvar.

Ta duševna metamorfoza pa obstoji poglavitno v tem, da začne otrok, kateri je spoznaval in mislil do 10.—12. leta samo s pomočjo nazorne fantazije in emocije, spoznavati in misliti tudi abstraktno s pojmi. Mladi možgani še niso razviti in sposobni za pojmovno, abstraktno mišljenje. Šele v kritični dobi metamorfoze se razvije možganska skorja do stopnje abstraktivne sposobnost,i ki jo najbolj pospešijo dušne, miselne vaje v moderni, avtonomno in samodejavno spoznavajoči šoli.

Odločilno sodelujeta v dušni metamorfozi še dva psihološka mehanizma: 1. sotrudnost spomina pri zaznavanju in spoznavanju; 2. tako zvane pozitivne paslike (Nachbild). Pravi organ in sedež duha je spomin, to je vsota vseh predstav, odtiskov, sledi, engramov in dejev (avtomatično dejavnih navad), ki jih zapuščajo zaznave in ponavljajoči se deji. Pri vsakem zunanjem dražilu, pri vsakem zaznavanju se spomin z vsemi predstavami nekako usuje okoli nove zaznave in jo pretvori po obliki in pomenu. Zbude se tudi vsi mehanizirani deji (miselne navade) in uvrste, sprejmejo novo zaznavo na svoj način v občestvo predstav. Tukaj vidimo, kako merodajne za vso bodočnost so tiste predstave in tisti avtomatizirani deji, takozvane anticipacije nezrele duše, ki napolnijo naš spomin že v zgodnji mladosti. Koliko časa (4—5 let), koliko psihoanalitičnega in psihoterapevtičnega truda je potem pri odraslem treba, predno mu te globoko in trdno zasajene mladostne predstave in deje zopet desugeriramo in izkoreninimo! Sedaj razumemo tisto ljuto, naravnost obupno borbo nekaterih konfesij za šolo, za vzgojo mladih duš. V mlade duše položeno seme odločuje vso bodočnost.

Drugi mehanizem pozitivnih paslik je eksperimentalno preiskal baš jaensch in jih preimenoval z besedo „ejdetične slike", mehanizem sam pa z besedo „ejdetika". Že prej je bil znan ta psihološki fenomen, a so ga znanstveniki na kratko odpravljali kot brezpomembno posebnost fantazije. Slikar A. Feuerbach nam opisuje te paslike takole: „Ničesar od njih ne sanjam, a v meni žive neprestano. Vidim jih pred očmi, vidim gibajoče se podobe, lahko bi jih risal; v istini niso to nobene sanje, ki igrajo okoli mene, stoje pred mano." Nekaterim portretistom zadošča ena sama seja originala. Ko izvršujejo pozneje sliko, se ozirajo na prazni stol, kjer vidijo sedečo, originalno podobo in posnemajo ž nje vse podrobnosti, kakor bi pravzaprav kopirali. Tudi Helmholtz in drugi fiziologi so ugotovili po optičnih zaznavah pozitivne in negativne paslike. Ako nenadoma umaknemo izpred gledalca gledani predmet, ne izgine istočasno s predmetom tudi njegova podoba, gledalec jo vidi pred seboj nekaj časa še potem. Pri odraslem traja ta pozitivna paslika le minimalen del sekunde. Samo izjemoma miglja tudi pred očmi odraslih dalje časa, kakor smo že prej navedli. Pri otrokih do 10.—12. leta pa trajajo te „ejdetične" poslike dalje časa, se celo po daljših presledkih avtomatično ali hoteno ponavljajo in mešajo včasih tudi s fantastičnimi podobami in utvarami.

Pa še druge zanimivosti je pokazal psihološki eksperiment: 1. da vidijo nenekateri otroci ejdetične slike le v svetlobi, drugi v temi. Zato se nekateri otroci tako boje noči in temne sobe, ker nastopajo strašne ejdetične podobe z nazornostjo

istinitih bitij; 2. da vidijo nekateri ejdetičarji mirujoče (tetanoidni tip), drugi gibajoče (basedowoidni tip) se podobe. Ako premakne ejdetičar oči, se premakne tudi paslika in se združi v enoto z novim, gledanim predmetom. Tako nam ejdetika izvrstno razlaga nastanek mitoloških figur (egiptska sfinga in ljudje z živalskimi glavami, grški kentaver, satir, sirena). Nekritični, primitivni ejdetičar je bil živo prepričan, ko je prenesel ejdetično pasliko na drug, istinit predmet, da je videl n. pr. konja s človeškim trupom.

Ejdetična podoba ni identična z iluzijo ali halucinacijo, dasi so znani tudi prehodi. Ejdetika nam utegne pojasniti marsikak pojav v okultizmu in teozofiji (vizije, prividi). Zanimivo je različno stališče ejdetičarja in normalnega človeka do teh subjektivnih paslik. Ejdetičar živi med svojimi paslikami in utvarami kakor igralec na odru med igralci, dočim opazuje normalen človek svoje paslike in predstave objektivno kakor gledalec z galerije. Z umevanjem čitamo sedaj poročila o nekaterih ejdetičarjih, da se baje igrajo in pogovarjajo s svojimi paslikami in utvarami kakor z istinitimi bitji ter se ne morejo prečuditi, zakaj jih ne vidijo tudi drugi ljudje. Ta nedostatek si razlagajo pač praznoverno, da grešniki in brezbožniki ne morejo postati deležni tega „višjega daru", ki pa je seveda le priroden, čeprav izreden, psihološki pojav.

GOVORILNICA

Na fronti sestre žive.

(V borbi proti seksualizmu.)

Odlični slovenski pisatelj dr. Alojz Kraigher sodeluje v družbi idealnih zdravnikov. Svoj dnevni čas izčrpava s požrtvovalnim zdravljenjem telesnih tegob, večerne ure posvečuje premišljevanju o dušnem trpljenju človeka. Kraigher ni samo zdravnik za telo, tudi duše zdravi z dušnim zdravilom umetnosti. V svoji zadnji drami „Na fronti sestre žive" nastopa zopet kot energičen zdravnik in operatêr, izrezujoč s finim in ostrim nožem najmalignejšo, najgnojnejšo rano moderne družbe, gnijoči rakasti izrastek spolnega nagona, seksualizem.

To ni knjiga za mlade, negodne ljudi, delo zrelega moža in zdravnika (Kraigher je bil rojen 22. aprila 1877) zahteva tudi presoje s stališča in stava zrelega moža in zdravnika. Umetniško, z globokim psihološkim znanjem je izvršil pisatelj Kraigher, filozofski specialist za seksualni problem, svojo težko, etično operacijo, umetniško brez abstraktne in patetične retorike, saj pridiguje in vpije dovolj glasno v ozadju trpljenje seksualnih zablod. Nazorno in z živo dramatiko nam je predstavil konkreten primer seksualizma in ga razvil z neizprosno logiko do zadnje konsekvence. Molče, zato pa tem učinkoviteje grmi iz njega svarilo in fabula docet moderni družbi: vi vsi ste krivi in vsakega izmed vas čaka tako strašno trpljenje in še strašnejša usoda, ako ne vstanete proti vladajoči seksualni morali in razvratnosti. Porazno učinkuje ta psihološka repulzija, trajna osnova tudi vsakega kazenskega zakonika. Polarno deluje človeška psiha, z indukcijo privlačuje za seboj k posnemanju, z repulzijo nas odbija in straši, odvrača in čisti. Kakor živahen filozofski, platonski dialog o emociji in intelektu se čita celo drugo dejanje z debato med pošteno ženo in razvratnim možem. Ob tem pretresljivem ontogenetičnem konfliktu doživljamo nazorno dolgotrajni filogenetični boj, v katerem se je človek z razvojem božanskega intelekta dvignil nad emocijonalno stopnjo

živalstva. Nehote se zamislimo tudi v lastno preteklost in se zgrozimo sami nad seboj, a potolaži nas zavest srečno prestane borbe, da se je naš svobodni razum po večjih in manjših peripetijah vendar rešil iz krempljev nevarnega nagonskega avtomatizma. Kako srečen je mladi človek pred obujeno seksualnostjo! Kakor toplo pomladno solnce sije njegova duša in objema z enako simpatijo vse osebe in stvari okoli sebe, vso prirodo, zvezde, rastline in živali. Res, dobri, božanski duh prebiva v mladem človeku! Ali kakšna nenadna metamorfoza! Kakor da se je čez noč pritihotapil demon in mu vlil skrivaj opojnega strupa (spolni hormoni), kakor da ga je obsedla pijana in nenasitna zver, ki zasleduje vedno in povsod svoj seksualni plen. Seksualna metamorfoza nastopi večkrat z vsemi znaki toksične, transitorične psihoze (manije) in zamračenosti, sposobne vsakega zločinstva. Razumna razvidnost otemni, svete vezi krvi se raztrgajo in v srcu ugasne vsaka obzirnost, vsako usmiljenje in sočutje. Tudi okus se izpremeni, od česar smo se prej sramežljivo in z gnusom obračali, to postane središče privlačnosti in poželjivosti. In kako nesrečen postane nakrat ta mladi človek brez lastne krivde.

Mnogo, mnogo časa in znanstvenega dela bo še treba, predno nam psihologi pojasne vso razliko med erotiko in telesno seksualnostjo, predno nam razlože ta misterij spolne metamorfoze, to blazno diktaturo materije (spolnih sokov) nad dušo, ta neodoljivi iracionalizem, iz katerega se vali trpljenje za trpljenjem. Za kratek čas nastopi „lucidum intervallum" in žalujoča depresija, človek se iztrezni, uvidi vso pogubnost in nezmiselnost nagona, skesa se in trdno sklene: nikoli več! A zahrbtno se prikrade stari demon in v par dneh skuha v svoji peklenski kuhinji zopet novega strupa in zopet ga kane v kri nesrečni žrtvi, da omahne še v globlji prepad ko prej. In dolgo vrsto let se ponavlja ta dušna tragedija, ta trpeča in uničujoča borba med emocijo in intelektom.

Ni čudno, da se je zamislilo tudi toliko filozofov in asketov nad seksualnim misterijem in da se je ob svobodni, trezni volitvi odločil Buda za nirvano, rekoč, boljše je človeku, da se ne rodi! Ali metafizika sladke laži je jačja ko vsak razum, ko vsaka filozofija.

V treznem, zrelem človeku obujajo taki prizori samo usmiljenje in sočutje, ker žrtve niso krive same. Krivi smo mi vsi, roditelji in učitelji, znanstveniki in literati, zakonodavci in socialni reformatorji, ker prepuščamo slepi nagon samemu sebi in divji svobodi. Kriva je zlasti človeška nevednost in omejenost. Popularna znanost obravnava le fiziološko spolnost, in to celo na tak način, da spolno zver še huje kači in draži. Resne in globoke seksualne filozofije in metafizike še nimamo. Seveda je ne bo nikoli podpisal kapitalistični materijalizem. Ali ni neodpustljiva omejenost, ako vidimo, da si telovadec le z vztrajno in metodično vajo okrepi mišice in telo, pa se takoj ne spomnimo tudi svoje duše? Tudi voljo, energijo ojači samo metodična dušna vaja, psihotehnika v širšem pomenu besede. V ta namen nimamo niti najprimitivnejše organizacije. Le malo psihoanalitikov in psihoterapevtov poizkuša z ustanovitvijo p s i h a g o g i j a, take duhovadnice. A pristopne so le bogatim poedincem, zato še nimajo pomena za široko ljudsko maso, ki jih najbolj potrebujejo. Izpremeniti se ima tudi spolna morala, enako veljavna za oba spola, ne samo za moške. Mnogo so krive ženske same, zlasti kruti „materijalizem mamice", ki hoče za vsako ceno in z vsemi sredstvi ženske zvijačnosti najti hčerki ženina. Ženska je čudna divjačina, moški lovec je prepričan, da lovi in ulovi samo on. Ženska se umika, a naposled se vedno ujame lovec v njeno mrežo. Ako pošten in inteligenten mož potem spozna svojo usodo in se pridružijo še druge družinske nevšečnosti, potem je umevno, da se začne „zakonsko gorje".

(Konec prihodnjič.) **Dr. X.**

REFERATI

J. Choleva, **Über den Teerkrebs der weißen Ratte.** Zeitschrift für Krebsforschung, 30. Bd., H. 1. in: Rak iz katrana na koži bijelog štakora. Godišnjak sveučilišta u Zagrebu 1929.

Avtor objavlja zelo važen prispevek k eksperimentalnemu izzivanju blastomov v koži živali, ki je bila doslej za take dražljaje očividno refraktarna. Znana sta v literaturi 2 slučaja kožnega raka podgane in sicer nek spontan tumor, opazovan že pred 40 leti od HANAUa in HERLYev slučaj iz leta 1926., ki ga je dosegel po dolgotrajnem mazanju s katranom v 1 samem slučaju izmed 100 prepariranih podgan.

Slučaj je izredno zanimiv, ker je tako redek in ker so druga sredstva in metode imele negativen uspeh. Brez učinka je avtor kavteriziral kožo skozi več mesecev, torej poskušal doseči neke vrste eksperimentalnega kangri-raka, zaman so bile injekcije zmesi katrana, holesterina in lanolina, mlečne kisline itd.

Uspeh avtorjevih poskusov je bil v 1. slučaju izmed 10 kankroid (rak ploščatih stanic v zaroženenju) in pri 6 podganah pa spremembe v pljučih, ki jih je Teutschlaender spoznal za metaplastično pnevmonijo poskusne živali. Vendar pa so tudi v pljučih proliferativne spremembe (najbrže na toksični podlagi) z vnetjem in ni moči negirati a priori, da bi se na tem mestu pojavile pozneje kake metastaze. Za enkrat so to torej še nespecifične pnevmonije, morda pa že začetek tumorja. Članka krasijo številni mikrofotogrami.

Mi se pridružimo z največjim veseljem čestitki g. prof. Teutschlaender-ja in želimo našemu onkologu čim več takih uspehov.

Brodar-Bayer: **Die Potočka zijalka, eine Hochstation der Aurignacschwankung in den Ostalpen.** „Praehistorica" I. Wien 1928. in **S. Brodar: Potočka zijalka na Olševi. Prva paleolitska postaja v Sloveniji.** Izvestja drž. realne gimnazije v Celju za l. 1928-29.

V pogorju Olševe, v višini 1700 m, je prof. BRODAR poleti 1928. odkril po srečnem naključju v jami Potočka zijalka, kjer se je kot izletnik hotel okrepčati z vodo, sledi po izkopavanju. Dognal je, da tu koplje na skrivaj in brez dovoljenja nek nemško-avstrijski stud. med. G. ter, da odnaša izkopnine, glavno medvedje kosti, čez bližnjo mejo na avstrijsko stran. Prof. BRODAR se je začel zanimati za stvar in njegovi neutrudljivosti se imamo zahvaliti, da je rešil za Slovenijo neizmerno važno prazgodovinsko najdbo. Kakor se to zlasti pri nas rado dogaja, ni našel zadostnega zanimanja doma, in tako se je zgodilo, da sta iz Gradca in Dunaja prišla dva strokovnjaka, ki sta se za stvar zavzela prej nego poklicani domačini. Posebno direktor dunajskega prirodoslovnega muzeja, BAYER, se je za stvar vnel in je skupno z najditeljem izdal prvo strokovno poročilo v „Praehistorica". Razen v naslovu navedenih publikacij je izdal prof. BRODAR tudi poročilo v „Časopisu za zgodovino in narodopisje" v Mariboru l. 1929., ki je, kakor poročilo v „Praehistorica" opremljeno z nekaterimi fotografijami. Končno je važno BRODARjevo predavanje v „Geografskem društvu" na univerzi kralja Aleksandra v Ljubljani v maju t. l., kjer so se mogli poslušalci na lastne oči prepričati o zanimivosti najdenih predmetov.

Ker ni moj namen referirati zgolj o publikacijah, temveč zavzeti čim bolj kritično stališče napram najdbi sami, moram navesti na kratko, kaj se je v Potočki zijalki doslej odkrilo. O letošnjih novih

zanimivih odkritjih je predaval najditelj 13. decembra t. l. v Unionu pod okriljem Prosvetne zveze. V celoti je doslej najdenih okoli 100 artefaktov, med temi 11 sileksov in ena koščena igla doslej še neznanih oblik. Jama je sedaj točno izmerjena in tudi fotografirana. Sicer pa bo poročal kmalu zopet najditelj sam. Zahvaljujem se na tem mestu g. prof. BRODARju za ljubeznivo dovoljenje, da smem tu poročati o novih odkritjih le po ustnem poročilu. Največ kosti je od jamskega medveda, morda dveh vrst (U. spelaeus in U. arctos), poleg tega pa je zastopano še nekaj drugih živali, n. pr. svizec. Najvažnejše pa je, da je prišlo takrat na dan 27 koščenih šil (rezil?), ki jih je človek, ko mu niso več služila, očividno vrgel med ostale smeti v jami. Šila so jako značilne oblike v raznih velikostih: največje je sedaj (odlomljeno) dolgo 184 mm, najmanjše pa 50·7 mm; največja širina je 23 mm, najmanjša 9·5 mm: največja debelina je 11·5 mm, najmanjša pa 4·7 mm. Razmerje med vsemi tremi dimenzijami je za največje šilo približno 1:0,113:0,040. Šila so izvršena vsa po istem vzorcu: največjo širino dosežejo proti koncu druge tretjine od bolj koničastega konca, dočim se zadnja tretjina zopet hitro zožuje, vendar je debelejša in širja nego konica. Na robovih šil najdemo v enakomernih razdaljah zareze — čemu so služile, si ne moremo še razlagati. Šila so izdelana najbrže iz debele stene kake cevaste kosti. Razen teh artefaktov nam pa še druge kosti pričajo o pračloveku. Čeprav nam po dosedanjem mnenju prof. BRODARja predstavlja kulturna plast le neko smetišče — ostanke lovske družbe, je vendar zanimivo, da so nekatere kosti prav čedno navrtane, in to n. pr. mandibula medveda, o kateri si ne moremo misliti, da bi bil pračlovek v njih iskal mozga. Na neki mandibuli si slede tri luknje, čedno izrobljene, točno v poteku can. mandib. Tudi na drugih kosteh je videti sledi po človeških rokah. V jami so našli tudi lesno oglje, manjkali so pa do tedaj še silex-artefakti. Menda je bil v teh krajih tak trd kamen za orodja taka redkost, da ga pač pračlovek ni puščal na smetišču. Žal doslej še niso dobili niti ene človeške kosti iz te jame, toda prof. BRODAR trdno veruje, da so v jami.

Najdba je ogromnega pomena za arheologijo, paleontologijo, klimatologijo (oz. kronologijo) ledenih dob in bo še važnejša, kakor upamo, za antropologijo, kakor hitro bodo našli kake ostanke po pračloveku. Arheološko je zanimivo, da je doslej izkopano orodje izključno iz kostenine in da je podobno razmeroma mladim magdalenskim artefaktom na eni, aurignaškim in (vsaj nekoliko tudi) moustierskim na drugi strani. Aurignaška šila z zapada (iz Francije itd.) pa so vseskozi na spodnjem (bolj topem) koncu razklana. Moustierska šila so sicer od daleč nekoliko podobna po obliki, toda po izdelavi prekašajo Olševski artefakti moustierske, ki so razen tega tudi izključno iz kamna. Za magdalensko kulturo se pa zde olševska šila BAYERju prestara in so res znatno primitivnejša. BAYER jih torej uvršča v aurignacien. Dasi je mogoče, da ima BAYER prav, počiva vendar cela vrsta zmot in preuranjenih sklepov na njegovem prepričanju, da je arheološka starost in doba olševskih artefaktov že končnoveljavno dognana. BAYER se je za Olševo zainteresiral predvsem radi svoje razdelitve diluvija v stari, srednji in mladi. Stari ustreza I. ledeni dobi, srednji medledeni in mladi II. (zadnji)

ledeni dobi. V tej (drugi) ledeni dobi pa razlikuje BAYER dva sunka, med katerima je toplejši presledek v aurignacienu (Aurignacschwankung). Jasno je, da pridobi ta teorija na verjetnosti, ako najdemo v višini 1700 m(!) pračloveško postajo, ki bi sodila v to dobo. Ne poznamo pa iz olševske najdbe niti enega koščenega preostanka po pračloveku. Toda ker je v aurignacienu in v drugih v olševsko kulturo spadajočih jamah bival cromagnonec, moramo biti prepričani, sodi BAYER, da je bil cromagnonec tudi na Olševi. BAYERjeva stavba je sicer povsem logična, morda tudi pravilna, toda — za enkrat še nedokazana in visi v zraku tako dolgo, dokler ne bomo imeli ostanke pračloveka z Olševe! Res, v Mlaču (na Moravskem) je bil cromagnonec; v okolici Reke, pri Peggauu (Mixnitz) na Štajerskem in pri Wierchóvu na Poljskem so našli artefakte iste olševske kulture kakor v Mlaču, toda večja previdnost v sklepih na zunanji videz in raso pračloveka samega bi bila na mestu. S strogo antropobiološkega vidika je tak sklep, še bolj sklep na izvor te „rase" (po BAYERjevem mnenju gre tu za cromagonsko) iz Azije čisto nedopusten in (vsaj za enkrat) tudi neutemeljiv. Po HRDLIČKI (Neanderthalské období člověka [The Neanderthal Phase of Man], Antrop. 5, 3/4, Praha 1927.) je sklep na neko raso zgolj iz različnih kultur, tu iz dejstva, da je aurignaška kultura različna od moustierske, nedopusten. Še manj pa moremo sklepati na prihod kake rase iz Azije. Avtorje, ki tako sklepajo, pravi HRDLIČKA, niti najmanj ne vznemirja vprašanje, ali so v onih krajih (torej v Aziji) sploh kaki dokazi za bivanje pračloveka. Doslej še ne poznamo pračloveka iz Azije. Če bi bil cromagonec res prišel iz Azije, je več nego verjetno, da bi kazal kake azijatske (mongolske) znake, toda tega ni: cromagonec je dolihokefal in izgleda popolnoma evropsko, brahikefali pa nastopajo šele pozneje (Furfooz, Grenelle itd.). Teorije o azijatskem pračloveku so nedopustne, dokler se ne dado podpreti z najdbami; so pa jako prikladne, da „razložimo" nerazložljive stvari s tem, da ves problem prenesemo v nejasnost in ga s tem oddaljimo iz znanstvene debate. Po mnenju HRDLIČKE se azijatske teorije niti kulturno ne dado zadostno podpreti. Referent se s tem popolnoma strinja, ker bi prihod kakega „novega" človeka iz Azije nasprotoval vsem doslej znanim in preizkušenim biološkim dejstvom. Pravim torej, da bo za fizično antropologijo pridobila najdba na važnosti šele, ko bo najdeno kako okostje človeka ali vsaj odlomki. Za enkrat leži za antropologijo važnost — res neprecenljiva — v tem, da je pračlovek — podobno kakor na nekaterih mestih v Švici — tudi v naših krajih bival, in sicer bival v velikih nadmorskih višinah (1700 m!). Vsak sklep per analogiam je za enkrat nedopusten, kajti edina ena kostna najdba iz Mlača ne more biti merodajna za tako dalekosežne sklepe, kakor jih dela BAYER. Če bi hoteli sklepati n. pr. po višinskih najdbah v Švici, bi morali uvrstiti olševsko kulturo v mousterien — bila bi za nekaj tisoč let starejša, po drugih znakih bi jo mogli uvrstiti v magdalenien — postala bi za še več tisoč let mlajša. BAYERjeva opredelba se mi zdi nekoliko nasilna in hotena, čeprav, povdarjam zopet, je mogoče, da ima prav, toda dokazov za to za enkrat ni dovolj.

Sklep na kronologijo diluvija je brez dvoma bolje utemeljen. Ker leži najdba tako visoko v gorah, je gotovo, da v r e m e t a k r a t n i b i l o m r z l o. Kot antropolog nočem tu razpravljati o teh sklepih — zdi se mi pa, da BAYER ni povsem dosleden v svoji kronologiji — debato o tem prepuščam poklicanejšim (n. pr. Menghinu). Človek v aurignacienu je pretežno bival v jamah, ne na prostem: od preko sto najdb iz aurignaciena jih je 82% iz jam, kakor spoznamo iz Hrdličkove razpredelnice. Zato ne morem odobravati BRODARjeve trditve: „Dočim so bile zahodne aurignaške naselbine radi ugodnejše klime na odprtem svetu, prebivajo Olševanci še vedno v jamah in duplinah." V ostalem je pa prof. BRODAR jako previden v lastnih sklepih, kar mu moremo šteti v veliko zaslugo. Njegove proroške besede, ko zaključuje odstavek o pomenu za antropologijo: „O vseh teh problemih se bo nedvomno še mnogo razpravljalo in naj bo končni izid tak ali tak, vsekakor bo v vseh razpravah Potočki zijalki prisojeno častno mesto.", moremo v polni meri podpisati. Važnost najdbe je videti že v tem, d a j e d o s l e j P o t o č k a z i j a l k a d a l a n a j v e č j e š t e v i l o a r t e f a k t o v n e k e (m o r d a p o s e b n e) k u l u r n e s t o p n j e, ki ji je dal sicer znameniti poznavalec diluvija, direktor BAYER, ime o l š e v a e n (z „Olschowaen" ne moremo soglašati). Citiram še BRODARjeve končne besede: „Mi moremo samo z veseljem in zadovoljstvom ugotoviti, da je prva naša paleolitska postaja v Sloveniji načela celo vrsto znanstvenih problemov, ki bodo naše znanje o kronologiji diluvijalne dobe, a tudi o pračloveku samem izpolnili. Potočka zijalka ni lokalna zadeva, temveč činitelj, s katerim se bo pečal znanstveni veliki svet. Oči sveta bodo uprte na slovensko zemljo in našo jugoslovansko državo, kar more naš ugled v inozemstvu samo povečati.

„Rezultati, ki nam jih do sedaj nudi Potočka zijalka, so plod bolj ali manj le poskusnega kopanja. Delo še nikakor ni dovršeno in ustrašiti se ne bomo smeli ne truda ne stroškov, da ga izvedemo do konca. Upajmo, da bo sistematično delo še marsikaj pojasnilo, kar je do sedaj še nejasno. Izključena pa tudi niso še važnejša odkritja, kot so sedanja." Preostaja samo še, da želimo našemu vrlemu raziskovalcu nadaljnjih, čim večjih uspehov, ki bodo poplačali njegovo temeljito in neutrudljivo delavnost. D r. B. Š k e r l j.

D r. W a l t e r S c h m i d t, Göttingen, **Pseudoarthosenbildung am Malleolus internus und Os tibiale.**

Pseudoartroze po kostolomu notranjega maleola nikakor niso tako redke, kot se je do sedaj splošno mislilo. Avtor razlikuje dve različni maleolarni pseudoartrozi, mobilno z mobilnim distalnim fragmentom in zrahljanimi vilicami v skočnem sklepu (vilice predstavljata oba maleola), ki vodi zlasti lahko do leta in leta trajajočih težav pri hoji in drugo fiksirano pseudoartrozo z nezrahljanimi vilicami, ki pokazuje manj subjektivnih simptonov. Diferencijalno diagnostično se upošteva tkzv. Os tibiale, nastajajoča kot seznamska kost v ligamentum deltoideum ali pa iz samostojnega epifizernega postranskega jedra notranjega maleola, v gotovih primerih lahko tudi kot rezultat posttraumatične osifikacije v imenovanem ligamentu. Do pseudoartroze notranjega maleola dospejo samo kostolomi, pri katerih je sila raztrgala tudi močne kolateralne vezi, ki se niso mogle več zrasti.

Mobilna pseudoartroza zapušča vedno trajne posledice. Leta po kostolomu obstoja še vedno oteklina, občutljivost na pritisk, zlasti na maleolu, bolečine pri hoji, kakor tudi dispozicija za pes planus traumaticus. Zakaj nastane tu pseudo-

artroza? Vzroki so večkrat isti kot pri ostalih pseudoartrozah: interpozicija mehkih delov. Bierova šola krivi sinovijo vsled njenega vpliva, ki sestoji v tem, da preprečuje konsolidacijo. Tudi konstitucijonalna dispozicija igra pri nastajanju pseudoartroz večjo ulogo; opažamo pri nekaterih ljudeh, da niso zmožni tvoriti kalusa. Možno je tudi pomanjkanje kalcijevih soli v organizmu.

Od mobilne pa do fiksirane pseudoartroze imamo naravno vse stopnje. Fiksirana pseudoartroza ne dela toliko bolečin in težav pri funkciji ekstremitete. Intenziteta težav je pač odvisna od stopnje fiksacije.

Diferencijalno diagnostično omenja avtor Os subtibiale, ki bi ga lahko zamenjali s fragmentom: vkljub redkosti s katero nastopa (pri nekaterih sesalcih se opazuje pogosteje ali pa nastopa redno) bi pri velikem številu maleolarnih fraktur lahko prišlo do zamenjave, še lažje pa pri obstoječih pseudoartrozah po kostolomu notranjega maleola. Os tibiale nastopa večkrat obojestransko kot sezamska kost ali iz postranskega epifizernega jedra in le v zelo redkih primerih bi si jo mogli zamisliti kot posttraumatično spremembo vsled osifikacije ali jo zameniti s fragmentom maleola. Bircher je imenoval to anomalijo Os subtibiale in jo smatral za sezamoid. **Dr. Guzelj.**

Prof. dr. F. Oehlecker, Indikation zur Bluttransfusion — **Indikacija za krvno transfuzijo.** Der Chirurg I. H. 13.

Tehnično izboljšanje pri izvedbi krvne transfuzije in izpeljava Landsteiner-ove iznajdbe krvnih skupin pri ljudeh omogoči se iste poslužiti pri najrazličnejših boleznih. Do danes še niso jasno precizirane točne indikacije. Nadomestilo pri akutni težki izgubi krvi, ko se bolniki smatrajo že izgubljenim, se je posrečilo z veliko količino 500-1000 ccm ohraniti jih pri življenju — je najbolj naravna, umestna in plemenita naloga krvne transfuzije. Literatura šteje nebroj primerov, kjer je promptno rešila bolniku življenje. Pri težkih krvavitvah nastopi smrt vsled zadušenja, ker ne more tkivo dobiti kisika, predvsem so prizadeti važni dihalni živčni centri na dnu tretjega ventrikla v možganih. Pri takih primerih pomaga le transplantacija rdečih krvnih telesc, ki s svojo plazmo poleg nosilca kisika biološko najbolj odgovarja žilnemu sistemu in vsebuje v idealni obliki vse odgovarjajoče hranilne snovi in najrazličnejše hormone z notranjo sekrecijo, ki jih nujno organizem potrebuje. Dovajanje fiziološke slane razstopine z adrenalinom sloni na domnevi Goltza, da je izkrvavljenje povzročeno in odvisno od mehaničnih momentov in je smatrati delovanje srca odvisno od dovoljne polnitve in napetosti v žilnem sistemu. To pravilo velja samo za gotovo stopnjo izkrvavitve. Hujša izkrvavitev se lahko paralizira samo s krvno transfuzijo. Odločitev, če je krvna transfuzija pri težkem akutnem izkrvavljenju potrebna ali ne, nam poda najbolj klinična splošna slika in množina hemoglobina 30—20%. Pred transfuzijo je potreba poizkusiti vir krvavitve odstraniti, če je pa to neizvedljivo, je začeti kar s transfuzijo, ki vpliva sama na sebi že hemostiptično. Transfuzija igra pri želodčnem črevesnem krvavljenju važno terapevtično ulogo. V ginekologiji je indicirana pri krvavitvah radi myomov, placentae praeviae in pri težkih izkrvavljenih splavih.

Uspešno vplivajo transfuzije nadalje pri krvavitvah iz jeter in vrance, kakor tudi po težkih operacijah, ki so v zvezi s precejšnjo izgubo krvi, ali pa postanejo težki neoperabilni primeri oslabljeni vsled Ca ali drugih črevesnih tumorjev zopet operabilni. Kot suvereno sredstvo je indicirana transfuzija pri cholemičnih krvavitvah. Večkratna transfuzija pri opeklinah dobro vpliva. Pri zastrupljenjih in infekcijskih boleznih in sepsi je skoro brez pomena.

Pri indikaciji krvne transfuzije je predvsem vpoštevati zunanje razmere. Kjer je tehnično izvežbano osobje, organizacija takšna, da so v pripravljenosti in pri roki določeni ljudje preiskani na krvne skupine, tam je indikacija širša, ker ne obstoja nevarnost, da bi se škodovalo bolniku.

Dr. Al. Kramarič.

Dr. Fr. Derganc, **Golša in golšavost.** Poseben odtisk iz Velikega Koledarja Kmetijske Matice, 1928.

Poljudna razprava govori v Uvodu o preosnovi kot bistvu življenja, o Hipokratovi evkraziji in diskraziji, o važnosti žlez za preosnovo in o žlezah z notranjim izločevanjem. Prvo poglavje razlaga pomen ščitnice za razvoj telesa in duše in tolmači golšo kot bolezen ščitnice. Drugo poglavje našteva nahajališča in vzroke golšavosti, opisuje Bazedov in tetanijo. Tretje in zadnje poglavje opozarja na nevarnosti golše ter navaja različne načine zdravljenja.

Dr. Fr. Derganc, **Raku — boj!** Poseben odtisek iz Velikega Koledarja Kmetijske Matice, 1929.

Avtor razpravlja o raku, tej zlotvorni buli, ki že vznemirja občinstvo zaradi naraščanja, poroča znanstveno-poljudno o poteku te bolezni, o etiologiji, o raznih „bakterijah"-provzročiteljicah raka, o eksperimentalnem izzivanju blastoma ter doda še opombe o terapiji tumorja. Na koncu propagira tudi pri nas ustanovitev „Slov. društva proti raku", ki bi prevzelo pouk velikih mas in vodilo propagando za zajezitev te kuge.

Glasnik centralnog higijenskog zavoda. IV. god. knj. VII, sv. 4—6, 1929.

Ramzin, S. K. Biologija rabičnog virusa i mehanizam aktivne imunizacije.

Jovanović, Lj. WEIL-FELIXova reakcija i fenomen PRAUSNITZa.

Petrović, M. B. Izolovanje B. typhi-paratyphi pomoću MUELLERove podloge.

Šimić, Č. Biologija i kultura Trichomonas intestinalis LEUCKART, 1879. Gajenje i biologija Trichomonas vaginalis DONNÉ 1337.

Vajič, B. O određivanju morfina u opijumu.

Ivković, H. Pitke vode na području grada Zagreba i okolice.

Grin, F. Endemični sifilis u bihačkoj oblasti.

DRUŠTVENE VESTI

Jugoslovensko lekarsko društvo v Beogradu poziva na akcijo, da se organizirajo vsi zdravniki naše banovine v enotno falango in skušajo z združenimi silami doseči čvrsto organizacijo za dosego svojih stanovskih idealov. Društva naj vršijo intenzivno podrobno delo v posebnih organizacijskih odborih, ki naj redno poročajo centralnemu J. L. D. Pritegniti je treba neorganizirane zdravnike in jih zainteresirati za to akcijo.

Nadalje objavlja J. L. D. teme za kongres septembra meseca 1930 v Splitu:

1. Revmatizem v vseh panogah medicine.
2. Naša morska zdravilišča.
3. Zdravniško zavarovanje.

LOBULIN „BERNA“

Antidiabetske tablete.

Lobulin je aktiven ekstrakt Langerhans-ovih otokov pankreasa v zvezi z glikolitskim kvasom, bogatim na vitaminih (Opoterapija Diabetes mellitusa). Tablete delujejo na ta način, da množina sladkorja v urinu brzo pada in da progresivno izginjajo tudi drugi, po bolezni povzročeni pojavi.

Najnovejša eksperimentalna raziskovanja so dognala, da se ekstrakt Langerhansovih otokov pankreasa ne razkraja v želodčno-črevesnem kanalu.

Prodaja se v škatlicah po 100 tablet à 0·50 gr. učinkujoče substance.

Dobiva se v lekarnah.

Švicarski institut za sera, Bern

Depot za Jugoslavijo: „ISIS“ d. d., podružnica v Ljubljani.

„NOVURIT“ - Kaštel

Organska spojina živega srebra. Intramuskularne 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.

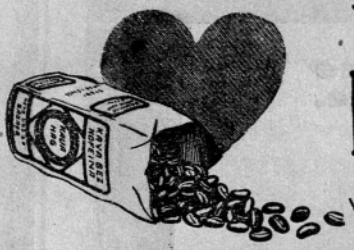
Sigurno sredstvo proti: zobobolu, glavobolu, revmatičnim bolečinam, bolečinam od ran in tabičnim bolečinam, nevralgiji in boleči menstruaciji.

Zahtevajte vzorce in literaturo!

KAŠTEL tvornica kemijsko farmaceutskih proizvoda d. d. Zagreb 3

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., Tomašićeva ul. 4, Zagreb

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.

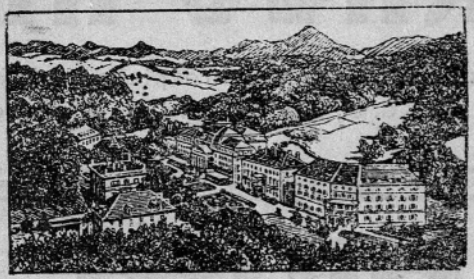
Zastopstvo za Jugoslavijo:

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

ZDRAVILIŠČE

ROGAŠKA SLATINA

Najlepše in najbolj moderno urejeno zdravilišče kraljevine.



Svetovno znani zdravilni vrelci:

„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, najboljši 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.