

BIBLIOTEKA »PETAR KOČIĆ«  
BANJA LUKA

<sup>v</sup>  
C-II 200-1966.

# SCRIPTA MEDICA



# SCRIPTA MEDICA



BANJA LUKA

1966.

GODIŠTE I

BROJ 1

# SCRIPTA MEDICA

CASOPIS LJEKARA  
BOSANSKE KRAJINE

Sign

0-1200-1346



inv. br.

673

Glavni urednik:  
Andrija Mikeš

Članovi redakcije:

Milan Ferković  
Ana Glavaš  
Josip Jović  
Boško Jovičević  
Zvonko Klepac  
Ladislav Kočmaroš  
Andrija Mikeš  
Miljenko Mrakovčić  
Neven Parac  
Frane Stančić  
Aleksandar Vasiljević

Sekretar redakcije:  
Dimitrije Banjac

Lektor i korektor:  
Matko Džaja

Tehnički redaktor  
Bato Bijelić

---

Izdavač: Opšta bolnica u Banjoj Luci,  
Ul. Zdrave Korde 1, tel. 21-171  
Stampa. NP »Glas« Banja Luka

UZ P

I

Andri

O

L

E

B

RADO

Milan

P

P

kr

Draga

K

u

C

gi

Zvonk

Pl

or

Pl

Aleksa

Je

A

Franjc

Va

nj

Ec

## SADRŽAJ — CONTENTS

str. — page

### UZ PRVI BROJ

*In occasion of the first issue of our Journal* 5

Andrija Mikeš:

*Osamdeset godina rada Opšte bolnice u Banjoj Luci*  
*Eighties anniversary of the General Hospital of Banja Luka* 6

### RADOVI — ORIGINAL ARTICLES

Milan Ferković:

*Problemi epilepsije na području Bosanske krajine*  
*Problems of epilepsy in the district of Bosanska krajina* 14

Dragan Todorović:

*Korelacija biohemijskih i histoloških poremećaja u toku akutnog virusnog hepatita*  
*Correlation between the biochemical and histologic findings in acute viral hepatitis* 19

Zvonko Klepac:

*Plastične operacije koštanih defekata u području orbite*  
*Plastic surgery of bone defects in orbital region* 29

Aleksandar Vasiljević:

*Jedan metod za brzu detekciju sifilisa*  
*A rapid screening test for syphilis* 40

Franjo Čurić i Ljubidrag Šalvarica:

*Vanmaterična trudnoća na ginekološkom odjeljenju bolnice u toku deset godina*  
*Ectopic pregnancy. Ten year experiences* 47

KAZUISTIKA — CASE REPORTS

Frane Stančić:

*Tumor granulocellulare* 57

DIJAGNOSTIČKE INTERVENCIJE —  
DIAGNOSTIC PROCEEDINGS

Andrija Mikeš i Dragan Todorović:

*Aspiraciona biopsija slezine*  
*Aspiratory biopsy of the spleen (brief informa-*  
*tion)* 61

IZ NAŠIH USTANOVA —  
FROM MEDICAL SERVICES

Veljko Đorđević:  
*U povodu otvaranja Centra Više medicinske škole* 63

SA STRUČNIH SASTANAKA —  
MEETINGS AND CONGRESSES 64

IZ STRANIH ČASOPISA — ABSTRACTS 66

IZ RADA DRUŠTVA LJEKARA —  
MEDICAL ASSOCIATION 69

---

Radove slati na adresu:

dr Dimitrije Banjac (za Scripta medica), Odjeljenje za bolesti uha, grla i nosa,  
Opšta bolnica, Banja Luka  
Pretplatu slati na tek. račun. Opšte bolnice br. 105-3-296  
za »Scripta medica«

Uz p

Ia  
bolnic  
i jedr  
»Scrip  
M  
stavi i  
kari b  
Luci i  
tično i  
sta bo  
rima,  
Izo  
ne san  
čega n  
Do  
su na  
stranin  
zgodov  
kasnjel  
Ov  
U časo  
stručnc  
rada p  
Re  
pomoći  
terenu  
dručju,  
štite.  
Znu  
s čitaoc  
To je s  
pe dvrgi  
Zal  
janju r



## Uz prvi broj

Ideja da se povodom 80-godišnjice osnutka Opšte bolnice u Banjoj Luci, uz ostale vidove proslave, izda i jedna stručna publikacija, ovim se prvim brojem »Scripta medica« i ostvaruje.

Međutim, naša je želja da se izdavanje časopisa nastavi i ubuduće. Opsežan je materijal koji obrađuju ljekari bolnice i ostalih zdravstvenih ustanova u Banjoj Luci i ovo pruža mogućnost da se stekne veliko praktično iskustvo. Mislimo da je šteta što raznovrsna i dosta bogata iskustva ostaju nepoznata praktičnim ljekarima, pa i neiskorišćena.

Izdavanje stručnog glasila nesumnjivo će pomoći ne samo stručni nego i znanstveno istraživački rad bez čega nema napretka ni u jednoj nauci, pa ni u medicini.

Dosadašnji radovi naših zdravstvenih radnika čitani su na stručnim sastancima ili su štampani u našim i stranim stručnim časopisima, ali se time ne možemo zadovoljiti, jer se radnje često objavljuju s velikim zašćenjem.

Ovo nas je pokrenulo da počnemo izdavati časopis. U časopisu će se objavljivati iskustva u praktičnom i stručnom radu kao i rezultati znanstveno-istraživačkog rada pojedinaca ili grupa.

Redakcijski kolegij vjeruje da će »Scripta medica« pomoći da se ostvari uža stručna povezanost ljekara na terenu s ljekarima zdravstvenih ustanova na našem području, i da će doprinijeti poboljšanju zdravstvene zaštite.

Znamo da će se naša »Scripta medica« u kontaktu s čitaocima postepeno mijenjati i po obliku i sadržajno. To je sasvim razumljivo, jer sve što je jednom rođeno podvrgnuto je promjenama koje život sa sobom nosi.

Zahvaljujemo se svima koji su nas u ovom nastojanju materijalno ili moralno podržali.

Uređivački odbor

u koj  
lesti.

bile i  
poste  
bližn  
skog  
poste  
dobil  
pletn  
samo  
tome  
staje  
nica,  
panze  
taciju  
diti c  
poste  
1945.

I  
dva l  
to bil  
zahva  
i živo  
Bolni  
reklo  
kas  
put u  
rekla,  
sve d  
građa  
molog  
Posle  
posle  
radi  
slova  
šan M  
Perov  
Tohol  
Latko  
ić, d  
juliste  
uha,

K  
svetsk  
karsk  
U  
ne mu  
i lečil  
sanite

## Osamdeset godina rada Opšte bolnice u Banjoj Luci

(iz referata pročitano na svečanoj akademiji)

Osamdeset godina života jedne bolnice je događaj kojem vredi pokloniti pažnju. U Bosanskoj krajini je savremeni način prihvatanja i lečenja bolesnika započeo relativno kasno, u vreme austrougarske okupacije.

Osnovna karakteristika zbivanja u zdravstvu Bosanske krajine jeste u paralelizmu s težnjom naroda za kulturnom i političkom emancipacijom i oslobađanjem turske ili austrougarske vladavine. Između dva rata Banja Luka se borila i nastojala da iz kasabe postane grad sa savremenim obeležjima, a zdravstveni radnici su nastojali da se otrgnu, ili tačnije otrgnu narod od primitivizma, nadrilekarstva, magije, da lečenju daju savremenije oblike u skladu s naučnom misli. Koliko je to težak, mukotrpan, permanentni napor, dokazuje činjenica da danas, u doba neslućenih dostignuća na polju tehnike i biologije, u eri ogromnih napora naše cele zemlje da se uvrsti u red razvijenih zemalja, mi smo u Banjoj Luci još daleko od toga da bismo mogli reći da smo u tome uspeali, da je pionirski posao završen.

Temelji današnje Bolnice postavljeni su 1884. godine, a otvaranje je obavljeno 1885. sa 55 postelja. Nešto kasnije izgrađena je i manja, prizemna zgrada sa 20 postelja za zarazno odeljenje. U toj kućici nalazila se i mrtvačnica. Kroz sledećih 50 godina podignut je samo još jedan objekt za duševne bolesnike, sa 30 postelja.

Period procvata i napretka Bolnice obeležava 1935. godina. Tada je podignuta zgrada današnjeg Hirurškog odeljenja, nešto kasnije zgrada u kojoj je bila smeštena uprava, apoteka i prijemna ambulanta, današnje Očno odeljenje. Sadašnja zgrada prosekture sazidana je 1939. godine. Iste godine otpočela je izgradnja zgrade današnjeg Internog odeljenja i zgrade u kojoj je smeštena kuhinja i druge pomoćne službe, a koja je dovršena tek posle rata.

U toku II svetskog rata većina bolničkih zgrada bila je oštećena bombardovanjima, nekoliko je bolesnika i poginulo u matičnoj kući, tada Internom odeljenju (danas Ginekološko-porođajnom).

Bolnica je posle toga evakuisana na periferiju grada, a pod zakup je uzeta i jedna privatna zgrada u »Aleji«,

u koju je smešteno Odeljenje za kožne i venerične bolesti.

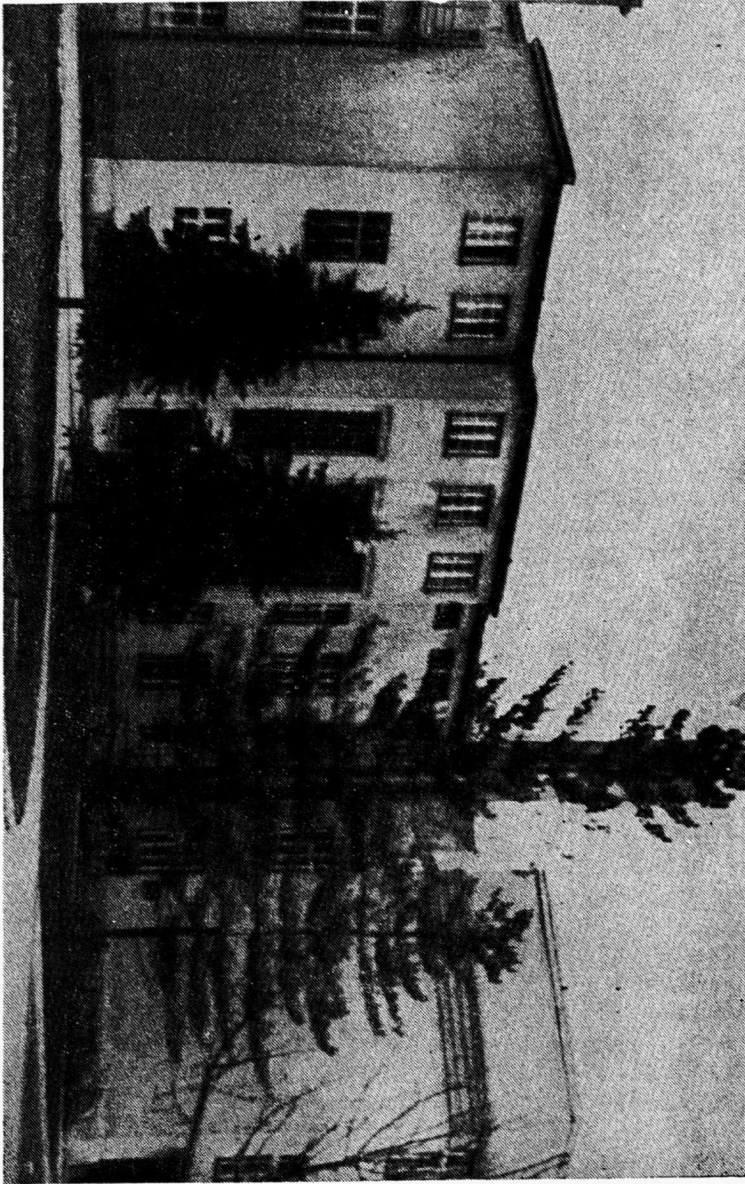
Na dan oslobođenja Banje Luke bolničke zgrade su bile u toj meri oštećene da se moglo postaviti svega 90 postelja. Tek 1946. godine Bolnica ima 236 postelja, približno toliko koliko je imala na dan izbijanja II svet-skog rata. Danas Bolnica raspolaže s nešto više od 700 postelja. Treba spomenuti da je Banja Luka 1947. godine dobila na poklon od švajcarskog Crvenog krsta kompletnu dečju bolnicu, koja se 1957. godine izdvojila u samostalnu ustanovu, a danas poseduje 270 postelja. I pomenuto Odeljenje za kožne i venerične bolesti pre-staje radom 1957. godine, a formira se kao posebna bol-nica, zajedno s Odeljenjem za mikotične bolesti i dis-panzerom. Ako ne brojimo postelje Centra za rehabili-taciju, koji je republička ustanova, onda možemo utvr-diti da Banja Luka raspolaže sa oko 1.000 bolesničkih postelja. To je ravno deset puta više nego što smo imali 1945. godine, a 5 puta više nego pre rata i 1946. godine.

Do I svetskog rata u bolnici su bila zaposlena stalno dva lekara, isključivo stranci. Treba da se kaže da su to bili vredni lekari, koji su samopregornim radom stekli zahvalnost stanovništva. Neki su na tom radu izgubili i živote, kao što se to dogodilo poslednjem upravniku Bolnice pred rat, dr Škardi (verovatno je bio po-reklom Čeh), koji se za vreme jedne operacije inficirao i kasnije podlegao. Od tada, tj. od 1912. godine, prvi put u Banjolučkoj bolnici radi lekar jugoslovenskog po-rekla, dr Ejub Mujezinović, koji je upravljao Bolnicom sve do 1934. godine. Kao hirurg bio je veoma cenjen u građanstvu i u stručnim krugovima, a bavio se i oftal-mologijom, bolestima uha, grla i nosa i ginekologijom. Posle njegove prerane smrti, a osobito od 1935. godine, posle otvaranja novog Hirurškog paviljona, u Bolnici radi veći broj lekara školovanih na austrijskim, čeho-slovačkim i našim fakultetima. Na hirurgiji rade dr Du-šan Mušketrović, ujedno i upravnik bolnice, dr Danica Perović, dr Drago Vranješević, dr Srbislav Popović, dr Toholj i dr Putnik. Internim odeljenjem rukovodi dr Latković, a rade i lekari dr Suzana Čanji, dr Nedeljko-vić, dr Mirjana Beleslin i dr Zaharije Davidović. Speci-jalista za očne bolesti je dr Sefkija Sefić, a za bolesti uha, grla i nosa dr Franjo Kanta.

Kao što sam već pomenuo, Bolnica je dočekala II svetski rat sa 200 postelja, uglavnom s navedenim le-karskim kadrom.

U toku rata radnici i službenici Bolnice dali su svoj ne mali doprinos NOP-u i NOB-u. Bolnica je prihvatila i lečila bolesne građane, zatvorenike ili partizane, slala sanitetski materijal partizanima, a niz osoba dao je i





Hirurško odjeljenje — podignuto 1935. godine

svoj  
je u  
su c  
Oni  
u B  
njih  
učes  
na:  
novi  
lesli  
dr I  
boln  
Škoč  
Mira  
co C  
sestr  
vrem  
svog

čara,  
i jed  
šef I  
vič,  
odelj  
Maks  
zdrav  
loža  
bili z  
ustan  
rali c

F  
u raz  
uopšt  
na ce  
ozbilj  
čki k  
radni  
stano  
nja L  
se viš  
sveni  
u suš  
nalno;

O  
nego  
ilustr  
odigra  
obezb  
lekars

svoj neposredni lični doprinos NOB-u. Nekoliko lica bilo je u zatvorima i logorima, a u partizanske jedinice prvi su otišli lekari dr Ihsan Zukanović i dr Gertruda Štern. Oni su za vreme ofanzive na Kozari zarobljeni, dovedeni u Banju Luku, tu im je suđeno i tu su streljani. Osim njih u redovima partizanskih jedinica i odredima NOV učestvovalo je blizu 25 lica, da pomenem i njihova imena: dr Danica Perović, dr Suzana Čanji, dr Asim Kulenović, dr Z. Davidović, mr Vera Babić, dr Mirjana Beleslin, dr Simeon Maksimov, dr S. Lutman, dr F. Kanta, dr Ibrahim Dadić, Milenko Grahovac, ekonom bolnice, bolničari i radnici: Jusuf Hodžić, Zdravka Novković, Mara Skočić, Selim Hanić, Razija Bećirbašić, Nada Janjanin, Mira Sušić, Sulejman Sarčić, Stjepan Andrijašević, Braco Čižski. Posebno ističem Ankicu Šipušić, tada časnu sestru, koja je smogla hrabrosti u to teško i kritično vreme da se stavi na raspolaganje plemenitim težnjama svoga naroda.

Oslobođenje je dočekala desetkovana grupa bolničara, sestara i lekara, ukupno 25. Prvi šefovi odeljenja i jedini lekari u bolnici bili su: dr Zaharije Davidović, šef Internog odeljenja i prvi upravnik, dr Asim Kulenović, šef Hirurgije, dr Muharem Midžić, šef Infektivnog odeljenja, dr Katarina Ribkin, rendgenolog i dr Simeun Maksimov, lekar u prijemnoj ambulanti. Ova mala grupa zdravstvenih radnika činila je srž i buduće Bolnice. Oni, možda, nisu bili ni svesni svoje pionirske uloge, jer su bili zaokupljeni rešavanjem elementarnih problema u ustanovi, opterećeni ogromnom odgovornošću, jer su morali da rade, tako rekavši bez najosnovnijih pomagala.

Period posle II svetskog rata predstavlja prekretnicu u razvoju Bolnice i zdravstvene službe u Banjoj Luci uopšte. Treba napomenuti da nakon ratnog razaranja, na celom području Bosanske krajine nije bilo ni jedne ozbiljnije ustanove; nedostajao je pogotovo specijalistički kadar, tako da je ono malo banjolučkih zdravstvenih radnika rešavalo zdravstvenu problematiku jedne trećine stanovništva Bosne i Hercegovine. Nakon 20 godina Banja Luka kao zdravstveni centar Bosanske krajine sve se više afirmira kao regionalni centar. Banjolučki zdravstveni radnici pružaju pomoć celoj Krajini. Nije se ništa u suštini promenilo, naprotiv uloga Banje Luke kao regionalnog zdravstvenog centra, postaje sve važnijom.

O posleratnom periodu raspoložemo s više podataka nego o ranijim razdobljima, te smo u mogućnosti da ilustrujemo razvoj, bitne promene koje su se u Bolnici odigrale, obimnost posla i ulogu koju Bolnica igra u obezbeđenju zdravlja stotine hiljada građana koji traže lekarsku pomoć.

Danas u bolnici ima 12 specijalizovanih odeljenja. To su većinom odeljenja koja imaju maksimalne posteljne kapacitete, broje se u veća bolnička odeljenja: Hirurgija sa 170 postelja, Interno sa 130, Ginekologija sa 110, Oftalmologija i ORL sa po 60, Infektologija sa 70, Neurologija sa 40 postelja. Nedostaje nam odgovarajuće odeljenje za plućnu tuberkulozu jer je sadašnjih 70 postelja kap vode u moru; nismo uspeli da izgradimo za Banju Luku odgovarajuće porodilište, nemamo Psihijatrije (a kao što smo čuli, takvo odeljenje je bilo već krajem XIX veka).

Pre rata i neposredno posle njega Bolnica je imala svega jedan mali priručni laboratorij i zastareo rendgenapararat. Danas imamo razgranatu laboratorijsku službu i solidnu rendgenologiju, istina, to su još uvek nedovršene službe, ali na najboljem su putu da postanu i tehnički savremene. Razumljiva je takva preorijentacija, ako pored izloženog kažemo i to da danas, umesto nekadašnjih 25 službenika i radnika Bolnice, u njoj radi preko 600, a od toga više od polovine su zdravstveni radnici (349); na dve postelje dolazi jedan zdravstveni radnik; to je već povoljan odnos.

Još 1955. godine, tj. pre 10 godina, u Bolnici je bilo zaposleno svega 20 zdravstvenih radnika sa srednjom spremom, a od toga svega jedan rendgenski tehničar i 4 laboranta. Danas imamo toga kadra 114, od toga 31 zdravstveni tehničar raznih smerova i 83 medicinske sestre, tj. povećanje za 5—6 puta. Taj uspeh je utoliko značajniji, što je većim delom postignut školovanjem vlastitih kadrova. Danas u proseku imamo takav kadar za neposredni rad s bolesnicima, u raznim dijagnostičkim kabinetima, kojim se možemo ponositi. To je kadar koji ostaje u Bolnici, i zato imamo stotinjak radnika i službenika koji imaju preko 10 godina službe, i više desetina koji su na svojim radnim mestima i preko 15 godina.

Mi smo u suštini uvek kritički nastrojeni, spremni da budemo nezadovoljni, jer pred sobom imamo primere boljih i naprednijih, i jer i sami odlično znamo šta nam sve nedostaje da budemo još bolji. Zbog toga su ovi trenuci proslave značajni jer se zaustavljamo za tren da konstatujemo što smo postigli i dokle smo stigli, i utvrdimo koliko stvarno vredimo. Verujem da neću biti neskroman ako kažem da smo za proteklih 20 godina postigli mnogo i da taj rad zaslužuje pozitivnu ocenu.

U zdravstvenoj ustanovi tipa opšte bolnice sva su nastojanja usmerena poboljšanju dijagnostičkih i terapijskih mera. Cilj je da se bolesnicima pruži zaštita kakvu savremni razvoj medicine omogućuje. To je suština. Ali ne možemo da mimođemo, zbog posebnog položaja

ija.  
po-  
ija:  
gija  
sa  
ova-  
njih  
imo  
Psi-  
već

rala  
gen-  
žbu  
ovr-  
teh-  
cija,  
eka-  
pre-  
lnici  
nik;

bilo  
jom  
tar i  
a 31

oliko  
ajem  
adar  
ostič-  
adar  
lnika  
više  
o 15

emni  
mere  
nam  
u ovi  
o  
stigli,  
neću  
odina  
ocenu.  
va su  
tera-  
ta ka-  
ština.  
ložaja



Sa svečanog otvaranja Centra Više  
medicinske škole u Beogradu —  
pri Opštoj bolnici u Banjoj Luci

Banjolučke bolnice, da govorimo o kvantumu poslova, jer je on velik, a obavlja se kvalitetno. Podaci o tome najbolje govore:

Na bolničkim odeljenjima leči se godišnje između 1945—1965. godine od 11 do 18.000 bolesnika, ili za 20 godina blizu 300.000. Pored toga, kroz prijemne ambulante prošlo je daljih 200.000 osoba, a kroz specijalističke ambulante, i to samo za poslednje 4 godine, oko daljih 300.000. Još malo pa celi milionski grad. Mi ne želimo da se hvalimo ovim ciframa, jer su one proizvod patologije kraja, zaostalosti zdravstvene službe na terenu; jednom reči — rezultat nužde. Želeo bih samo da se bolje sagleda koliki je i fizički napor savladao ovaj relativno mali kolektiv, a savlađuje ga i danas.

Bolnica je poklonila pažnju školovanju kadrova, koja po opsegu i materijalnim davanjima prevazilazi njene mogućnosti, samo zato jer u njoj vlada mišljenje i uverenje da je medicina nauka, i kada to ne bi bilo tako rad bi se pretvorio u profesionalnu rutinu. I to nauka u kontinuiranom razvoju i tako brzom da svako izostajanje u praćenju novih dostignuća bezuslovno znači zaostajanje, stagnaciju. Već 1947—49. godine u Bolnici radi Škola za bolničare i Škola za babice. Kasnije, mnoge naše bolničarke pohađaju redovno ili vanredno Srednju medicinsku školu u Banjoj Luci, a ove godine je u Bolnici započelo s radom i odeljenje Više medicinske škole sa središtem u Beogradu.

Većina lekara specijalista, koji danas rade u Bolnici, školovala se na našim odeljenjima; mnogi i nakon ispita odlaze povremeno na domaće i strane klinike radi dopune svojih znanja.

Bolnička biblioteka prima 139 stručnih, medicinskih časopisa, od kojih 78 inostranih. Knjižnica raspolaže brojnim tomovima raznih udžbenika i monografija.

Samo u 1965. godini Bolnica je za stručno usavršavanje, za predispitni klinički staž, seminare i kurseve, sekcijske sastanke i sl. izdvojila 18,5 miliona dinara.

Pored zdravstvenog osoblja, Bolnica omogućuje školovanje i radnicima za specifične poslove u zdravstvu, službenicima, ekonomistima i pravnicima, što je od posebne vrednosti ako se ima na umu nestašica toga kadra ne samo u republičkim granicama već i u zemlji.

Naša je ustanova nastavna baza Srednje medicinske škole. Tu provode ferijalnu praksu studenti III i IV godine s domaćih, a u poslednje vreme i stranih univerziteta; tu obavljaju svoj pripravnički staž mnogi lekari.

Mislim da smo u ovoj stvari na dobrom putu.

Sve ove činjenice dovele su do toga da je Banjolučka bolnica stekla velika priznanja.

Istina, postoje izvesna iskustva u preuzimanju stručnog patronata i pružanja specijalističke pomoći manjim centrima, ali taj oblik saradnje još nije dobio svoje konačne organizacione oblike. Mislim da će u budućnosti biti neizbežno da Bolnica postane stručni patron i saradnik svih zdravstvenih ustanova na području cele Bosanske krajine.

Treba da istaknem da su afirmaciji banjolučke bolnice doprineli i mnogi lekari svojim individualnim naporima na stručnom i naučnom polju rada, referatima na stručnim sastancima u zemlji, objavljenim publikacijama i člancima u stručnim časopisima.

Banja Luka je postala mesto u kojem se sve češće održavaju značajni stručni sastanci republičkog i saveznog okvira, zapaženi u stručnim krugovima.

Cenim kao najpozitivnije činjenicu da u Bolnici rade ljudi vrlo različitih zanimanja, različitog društvenog porekla, raznih škola i iz raznih krajeva zemlje, raznih shvatanja kod dolaska, i što se taj heterogeni skup zajedničkim radom pretopio u harmoničnu celinu, jedinstvenu organizaciju rukovođenu jednom mišlju da se bavi izuzetno važnom humanitarnom delatnošću. Cilj je svih da se obolelim građanima što brže, veštije i predanije pomogne da povrate svoje zdravlje i da se zadovoljni vrate svojim porodicama, društvu i radu.

Ta se pomoć pruža nesebično, mislim, i dobro. To pruža velike mogućnosti za realizaciju velikih potencijalnih mogućnosti koje se kriju u banjolučkom zdravstvu. Već danas ljudi Bolnice prednjače u svim pozitivnim akcijama čiji je cilj da gledanje na pojedine medicinske i organizacione probleme učine što savremenijim, naprednijim, i ne postoji ni jedno ozbiljnije pitanje u čijem rešavanju, manje ili više, ne bi učestvovali radnici naše Bolnice.

Andrija Mikeš

## Problemi epilepsije na području Bosanske krajine

Milan Ferković

Bolesna stanja koja nazivamo epilepsijom (izraz uveden od Hipokrata još prije dvije hiljade godina) danas su već toliko poznata da bi se moglo pomisliti da je o tome suvišno nešto govoriti ili pisati. Dijagnostika tih stanja znatno je napredovala zahvaljujući modernim neuroradiološkim pretragama i elektroencefalografiji s metodama provokacije. Broj nejasnih slučajeva znatno je smanjen. Farmakološki eksperimenti i klinička ispitivanja upotpunili su arsenal antiepileptičkih lijekova. Ta sredstva su mnogo efikasnija u sprečavanju.<sup>1)2)</sup> Unatoč tome definitivno izlječenje moguće je samo u rijetkim slučajevima. Najveći broj osoba s epileptičkim napadima ostaje trajno bolestan, s većim ili manjim pogoršanjima i iziskuje trajnu brigu zdravstvene službe, uže i šire zajednice. Ovo posljednje je upravo motiv ovog prikaza. Ekonomsko socijalni aspekt problema interesantniji je za društvo nego striktno medicinska strana. Za rješavanje medicinske strane dovoljna je zdravstvena služba, dok je za rješavanje ekonomske strane epilepsije potrebno angažiranje svih društvenih faktora. Mi ćemo prikazati rad s epileptičarima kroz šest godina i na osnovu toga pokušati dati neke zaključke za budući rad.

Međutim, prije samog prikazivanja materijala ipak je potrebno nešto ukratko reći o razvoju i značenju pojma epilepsija.

Danas se zna da su epileptički napadi samo simptom bolesti, bilo lokalnog oboljenja mozga bilo općih oboljenja organizma. Obradom su mogle biti dokazane adhezije mozga nakon meningitisa, encefalitisa, ozljeda mozga, krvarenja, zatim tumori mozga, parazitarna oboljenja mozga, opće intoksikacije organizma itd. Sve su to stanja koja se mogu pojaviti s epileptičkim napadima, ili se napadi pojavljuju kao ranije ili kasnije posljedice. Prema tome i danas vrlo česta dijagnoza epilepsije opisuje samo jedan simptom a ne samu bolest. Kod tih bolesnika se mogu naći i drugi simptomi: glavobolje, psičke smetnje, različite kljenuti. Ima još uvijek slučajeva kod kojih ni najpomnija ispitivanja nisu mogla otkriti osnovnu bolest; ti se slučajevi svrstavaju u grupu »genuine« epilepsije. Ta grupa je danas mnogo manja nego prije, i sigurno je da će dalji napredak metoda obrade omogućiti da se i u tim slučajevima otkrije osnovni poremećaj.

Kroz specijalističku ambulantu našeg odjela prošlo je u toku šest godina 2515 bolesnika. Od toga broja hospitalizirana su 453 slučaja što iznosi oko 18%.

| UKUPNI BROJ       | AMBULANTNI BOLESNICI |       |         |       | HOSPITALIZIRANI BOLESNICI |       |        |       |
|-------------------|----------------------|-------|---------|-------|---------------------------|-------|--------|-------|
|                   | 2515                 |       |         |       | 453                       |       |        |       |
| SPOL              | 1028 Z.              |       | 1487 M. |       | 143 Z.                    |       | 310 M. |       |
| STAROST BOLESNIKA | do 15                | 15—30 | 30—45   | od 45 | do 15                     | 15—30 | 30—45  | od 45 |
|                   | 477                  | 637   | 1060    | 341   | 30                        | 153   | 186    | 84    |

U odnosu na ukupni broj hospitaliziranih bolesnika u istom periodu (1958—1964 god.) na epileptičare otpada 9,8%. U Švicarskoj, Americi, Holandiji oko 5 pro mille ukupnog stanovništva boluje od epilepsije, <sup>3)</sup> <sup>4)</sup> u Njemačkoj 3 pro mille. <sup>5)</sup> Uzimajući broj naših bolesnika na broj stanovnika Bosanske krajine dobivamo i mi jednak prosjek (3—4 pro mille). Međutim, sigurno je da bi taj broj bio veći kad bi se svi javljali na pregled, što nije slučaj. Analizirajući naš materijal po spolu vidimo da je broj muškaraca veći. To je suprotno iskustvima autora u drugim zemljama. Gowers (cit. po Brainu) našao je u seriji od 3000 bolesnika odnos 13:12 u korist žena. Razlog za obrnuti odnos kod nas leži po našem mišljenju u tom što su muškarci mnogo više u radnom odnosu nego žene. Njihova bolest izaziva poteškoće u kolektivu, zato se moraju pod pritiskom drugih javljati ljekaru radi liječenja i oslobođenja od neposrednih poslova. Žene u nas svoju bolest često boluju kod kuće, zbog primitivnog gledanja na bolest kao nešto sramotno ne javljaju se uopće dok bolest ne postane opasna po život (status epilepticus, sumračna stanja itd.). Mnogi, blaži slučajevi ostaju kod kuće i nikad se ne javljaju ljekaru. Drugi razlog većem broju epilepsija kod muških leži u tom što mnogo veći broj muškaraca i muške djece, zahvaljujući teškim fizičkim poslovima, saobraćajnim nesrećama, sportu, igri doživljava ozljede glave i mozga nakon kojih oboli od epilepsije, nego je to slučaj u našim krajevima kod žena.

Gledamo li frekvenciju oboljenja po dobnim skupinama vidjet ćemo da je u skupinama od 15—30 i 30—45 g. najveći broj oboljelih (67,3% kod ambulantnih, 74% kod hospitaliziranih). Dakle u skupinama najaktivnijih i privredi najpotrebnijih lica najveći je broj oboljelih. Što to znači za privredu nije potrebno govoriti.

U vezi s tim zanimljiva je i slijedeća tabela.

|               | AMBULANTNI BOLESNICI |        | HOSPITALIZIRANI BOLESNICI |        |
|---------------|----------------------|--------|---------------------------|--------|
|               | Broj                 | %      | Broj                      | %      |
| RADNICI       | 830                  | 33.0 % | 181                       | 39.0 % |
| SLUŽBENICI    | 115                  | 4.7 %  | 36                        | 7.9 %  |
| DOMACICE      | 345                  | 13.2 % | 88                        | 19.3 % |
| ZEMLJORADNICI | 265                  | 10.5 % | 42                        | 9.3 %  |
| ĐACI          | 420                  | 16.7 % | 47                        | 10.4 % |
| DJECA         | 20                   | 7.9 %  | 10                        | 2.3 %  |
| PENZIONERI    | 215                  | 8.7 %  | 36                        | 7.9 %  |
| SOC. UGROZENI | 125                  | 4.8 %  | 13                        | 2.8 %  |



Iz nje se vidi učestalost epileptičkih napada po pojedinim profesijama. Preko jedne trećine svih bolesnih otpada na lica u radnom odnosu. Na prvom mjestu su radnici, zatim đaci, domaćice, zemljoradnici itd. Ako te cifre primijenimo na cijelo područje i izračunamo procenat, te pokušamo približno procijeniti materijalne gubitke koje zajednica zbog toga ima (liječenje u bolnici, kontrolni pregledi, lijekovi, gubitak radnog vremena, smanjena produktivnost rada tih ljudi), vidjet ćemo da su to ogromni gubici, koji se penju na stotine milijuna dinara u relativno kratkom vremenskom periodu. Svi znamo da su familije epileptičara gotovo redovito brojne, a bolest bilo koga od članova obitelji, naročito ako su to roditelji, bitno utječe na duševni razvoj djece. Izgredi, krivična djela i ubistva kod epileptičara nisu rijetki. To se sve ne može potpuno prikazati u novcu, iako je sigurno da se i te kako materijalno odražava u zajednici.

Najveći broj naših bolesnika ima velike napade (tip grand mal). Skoro tri četvrtine (72% hospitaliziranih i 68% ambulantičkih bolesnika) pati dakle od forme koja predstavlja veliku opasnost po život bolesnika. To naročito vrijedi za radnike uz stroj, uz rijeku, na građevinama, uz vatru. Ako su napadi česti, relativno brzo dolazi do psihičkog otupljenja i karakternih promjena, što stvara rani invaliditet i povlače sve socijalno-ekonomске reperkusije.

#### Diskusija

Naše iskustvo kroz šest godina pokazuje da je broj epileptičara na našem terenu vrlo velik. On je veći nego što naši podaci pokazuju. Već smo spomenuli da mnogi bolesnici zbog primitivnog gledanja na bolest ni ne dolaze ljekaru. Drugi razlog leži u tom što još uvijek nemamo vlastiti elektroencefalografski laboratorij, pa nam jedan broj nejasnih stanja, naročito psihoza koje se klinički manifestiraju kao shizofrenije ili druge psihoze, prolazi nerazjašnjen. Epileptičku genezu takvih stanja može jedino da otkrije elektroencefalografija. Zato su brojevi koje smo dobili sigurno manji nego to odgovara stvarnosti. Međutim i broj koji pokazuju naši podaci nosi sa sobom velike materijalne gubitke za porodicu i za širu zajednicu. To je socijalni i ekonomski problem kome treba pokloniti znatnu pažnju i organizirano ga rješavati. Važan faktor koji potkrepljuje naše mišljenje jeste smrtnost epileptičara i invaliditet. Mayer navodi da je smrtnost epileptičara deset puta veća, a Essen-Moller smatra da je osam puta veća nego kod zdravog stanovništva. Oko 40% tih lica ne doživi više od 30 godina (Binšwanger, cit. po Selbachu). Invaliditet je također veoma velik, iznosi u prosjeku 34.6 godina. Šahnović navodi da 80% epileptičara postaje invalidom prije 40 godina života. Od svih ranih invalida zbog duševnih bolesti na epilepsiju otpada 14%.\* Mi nemamo tačnih statističkih podataka, ali je i kod nas prema iskustvu stanje jednako. Veoma mali broj naših epileptičara radi poslije tridesete godine života.

Klinička obrada naših slučajeva pokazala je da su epileptička stanja mogla biti izbjegnuta samo preventivnim radom. Od 280 slučajeva penumoencefalografija je u 139 pokazala adhe-

zivno a  
jeva po  
jednom  
opsijon  
uzrok  
mening  
đajne i  
malfor  
pojavi  
ventivn  
vođenje  
snije iz  
odraslih  
djelatno  
rakovar  
jedino  
stoća si  
stavlja  
kojoj tr  
jatar, i  
nog ra  
prosvjec  
bi prot  
naobraz  
tivnih n  
one koj  
žavaju  
nici i st  
zdravstv  
stupku  
kao sva  
ta je  
mira, sn  
vog rad  
zdravstv  
razovnos  
rijetko r  
o starije  
velik. De  
službenil  
službenič  
snika. Iz  
lijama u  
jedva za  
ulogu u

Anali  
(1958—19  
radi o l  
upornim  
zdravstve  
treba bit  
infektolog  
svjetni ra

zivno atrofizirajući proces mozga. Angiografija je od 15 slučajeva pokazala u tri tumor mozga, zatim u tri aterosklerozu i u jednom slučaju angiovenoznu malformaciju. Obdukcijom ili biopsijom dokazano je šest slučajeva cisterkoze mozga.<sup>7)</sup> Kao uzrok adhezivnim procesima u anamnezi nađen je encefalitis, meningitis, asfiktična stanja za vrijeme poroda, traume porođajne ili kasnije. Ako izuzmemo slučajeve tumora, angiovenoznu malformaciju i aterosklerozu, ostali slučajevi kod kojih su se pojavila epileptična stanja mogli su biti pravovremenom preventivnom djelatnošću spriječeni. Kontrola graviditeta, uredno vođenje poroda mogu spriječiti razvoj komplikacija koje kasnije izazivaju epilepsiju. Sprečavanje zaraznih bolesti djece i odraslih redovitim vakcinacijama, izolacija zaraznih bolesnika djelatnosti su od neprocjenjive koristi. Slučajevi epilepsije uzrokovani parazitima u mozgu također su brojni. a tu pomaže jedino osnovna higijena (redovno pranje ruku prije obroka, čistoća stana i naselja). Efikasnijih mjera nema, sve ostalo predstavlja paliјativne mjere. Uz takvu preventivnu djelatnost u kojoj treba da je angažiran uz neuropsihijatra i ginekolog, pedijatar, infektolog, epidemiolog potrebno je djelovanje i socijalnog radnika, zatim prosvjetnih radnika. Opće i zdravstveno prosvjećivanje cijele zajednice veoma je važna djelatnost u borbi protiv epilepsije i njenih posljedica. Podizanjem osnovne naobrazbe stvara se povoljna klima za prihvatanje svih preventivnih mjera u sredini koja im pruža otpor. Osim toga može se one koji boluju poučiti da redovito uzimaju lijek i da se pridržavaju uputa, što je vrlo važno. To im olakšava život u zajednici i stvara osjećaj lične sigurnosti. Naročito je važan zadatak zdravstvenog prosvjećivanja da okolinu bolesnika podučiti o postupku s takvom osobom. Okolina treba da bolesnika prihvati kao svakog drugog člana, ne smije ga izolirati ili odbaciti. Isto tako je nepotrebno i pretjerano sažaljenje jer bolesnika depri-mira, smanjuje mu volju za liječenje, pa i za život. Rezultati takvog rada najbolje se vide u zemljama s višim stupnjem opće i zdravstvene naobrazbe (npr. u Švicarskoj). Analiza stupnja obrazovanosti naših bolesnika pokazala je da se u grupi radnika rijetko može naći potpuna osnovna škola, bez obzira da li se radi o starijem ili mlađem radniku. Broj nepismenih je neobično velik. Domaćice su pretežno nepismene ili polupismene. I grupa službenika i po formalnoj i po stvarnoj naobrazbi stoji na donjoj službeničkoj ljestvici. Tom stepenu odgovaraju i porodice bolesnika. Iznimke su vrlo rijetke. Materijalne prilike su u tim familijama u najboljem slučaju osrednje, dok kod najvećeg broja jedva zadovoljavaju. Kako vidimo, prosvjeta ima veoma važnu ulogu u rješavanju tog problema.

### Zaključak

Analiza našeg rada s epileptičarima kroz šest godina (1958—1964) kao i podaci iz svjetske literature pokazuju da se radi o kompleksnom problemu koji se može rješavati samo upornim i sistematskim radom. Nije dovoljna samo aktivnost zdravstvene službe ili njene pojedine grane. Uz neuropsihijatra treba biti angažiran ljekar opće prakse, pedijatar, opstetičar, infektolog, epidemiolog, patronažna služba, socijalni radnik, prosvjetni radnici. U tom cilju potrebno je osnovati;

- a) Stanicu za borbu protiv epilepsije,
- b) Elektroencefalografski laboratorij.

U budućnosti treba misliti i na poseban odsjek za epileptičare pri odjeljenju koje bi se isključivo bavilo liječenjem i proučavanjem epilepsije. Zadatak stanice bio bi: registracija epileptičara, kontrola kontinuiranog liječenja, zbrinjavanje kroničnih za okolinu nepodesnih bolesnika. Drugi mnogo važniji zadatak bio bi zdravstveno prosvjećivanje i koordinacija s ostalim medicinskim i nemedicinskim službama koje sudjeluju u rješavanju problema epilepsija, kako je već prije spomenuto.

Ponovo treba naglasiti da jedino neprekidan i sistematski rad može dovesti do smanjenja velikog broja epileptičara i do ublaženja sadašnjeg prilično teškog stanja na našem terenu.

#### L I T E R A T U R A

1. Alajouanine, Th.: Les grandes activités du lobe temporal  
Masson et Cie Edit., 1955.
2. Hajnšek, F.: Saopćenja, Svezak 8, br. 3, 1965.
3. Hoff, H.: Lehrbruch der Psychiatrie. Wien, 1965.
4. Brain, R.: Diseases of the Nervous system, 1955.
5. Selbach, H.: Internationales Kolloquium über das Antikonvulsivum Ospolot.  
4. Heft, Staufen Verlag, 1963.
6. Selbach, H.: Handbuch der inneren Medizin, IV Aufl. V Band, III Teil,  
Springer Verlag, 1953.
7. Ferković, M.: Učestalost cisticerkoze mozga, Lij, vj., 86, 463, 1964.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Neuropsychiatrische Abteilung, Allgemeine Krankenhaus, Banja Luka  
DIE PROBLEME DER EPILEPSIE IN BOSANSKA KRAJINA  
Milan Ferković

In diesem Artikel ist ein Überblick der Tätigkeit der neuropsychiatrischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Banjaluka im Laufe von 6 Jahren (1958—1964) dargestellt. Von 2515 Patienten, die ambulatorisch behandelt waren, wurden 453 hospitalisiert. Bei Männern die Epilepsie häufiger vor, was mit den Erfahrungen der fremden Autoren (Gowers) nicht übereinstimmt. Drittel der Patienten entfällt auf berufstätige Arbeiter, dann erkranken am meisten Schüler und Hausfrauen. Im Alter von 15—45 Jahren kommt die Erkrankung am häufigsten zum Vorschein (über 70% von der Gesamtzahl). Das sind die leistungsfähigsten Personen. Die Analyse der familiären Verhältnisse und der Bildung bestätigt, dass die Epileptiker hauptsächlich Personen mitdürftiger oder überhaupt ohne Bildung sind und dass sie einen niedrigen Lebensstandard haben. Die frühe Invalidität und Mortalität sind auch von grosser Bedeutung. Eine kleine Anzahl der Patienten bleibt nach ihrem 30. Lebensjahr berufstätig und ihre Leistungsfähigkeit ist unter dem Durchschnitt. Viele leben nicht mehr als 40 Jahre.

Diese Angaben beweisen, dass das Problem der Epilepsie auf unserem Gebiet vom sozialen und wirtschaftlichen Standpunkt sehr wichtig ist. Verluste, die ganze Gemeinde und Gesellschaft dadurch erleiden, rechtfertigen die Eröffnung der Epileptischen Station mit dem EEG Laboratorium.

Es ist notwendig, dass an diesem Problem nicht nur die Sanität, sondern auch die soziale Fürsorge und das Bildungswesen teilnehmen.

*(Neuropsychijatrijsko odjeljenje  
Opšte bolnice u Banjoj Luci  
Načelnik: dr Milan Ferković)*

# Korelacija biohemijskih i histoloških poremećaja u toku akutnog virusnog hepatita

Dragomir Todorović

Uvođenje sve većeg broja biohemijskih analiza za ispitivanje stepena oštećenja funkcije jetre i mnogobrojni radovi koji imaju za cilj iznalaženje mesta lezije u hepatocitu putem elektronskog mikroskopa, ponovo bude interesovanje za odnos između funkcije i morfoloških promena. Akutni virusni hepatitis je svakako vrlo pogodno oboljenje za izučavanje ovog problema, zbog različite izraženosti biohemijskih i histoloških promena kod pojedinih bolesnika. Pregled literature pokazuje iznenađujuću činjenicu: u obilju podataka o akutnom virusnom hepatitisu nalazi se vrlo malo teksta posvećenog korelaciji biohemijskih i histoloških promena. U jednoj od najpotpunijih knjiga o strukturi i funkciji obolele jetre, taj problem je samo vrlo kratko spomenut (1). Veća pažnja posvećena je odnosu biohemijskih i histoloških promena u toku hroničnih oboljenja jetre (2).

## *Materijal i metodi*

U toku 1964/1965. godine lečen je na našem odeljenju veći broj bolesnika sa akutnim virusnim hepatitisom. Među njima je uzeto 100 uzastopnih neodabranih slučajeva za ovo proučavanje.

Radilo se o lakom, srednje teškom, teškom i u dva slučaja fatalnom oboljenju. Grupa se sastoji od 37 žena i 63 muškarca od 14 — 65 godina života. Među njima je 28 živelo na selu i bavilo se zemljoradnjom, a ostali pripadaju prigradskom i gradskom stanovništvu.

Osim rutinskih hematoloških i rendgenskih pregleda, kod svih bolesnika su ponavljane jednom nedeljno flokulacione probe (Weltmann-ova kogaulaciona traka, Wunderly-Wuhrmann-ova kadmijumska proba, timolsko замуćenje i flokulacija), bilirubinemija (direktni i ukupni bilirubin u serumu), sideremija (po Ramsey-u), aktivnost alkalne fosfataze (po King-Armstrong-u), i transaminaze TGO i TGP (po Strauss-u, normalno do 60 jedinica). U toku prve nedelje hospitalizacije (obično do 10-tog dana po pojavi žutice) načinjena je kod svih bolesnika i aspiraciona biopsija jetre Menghini-jevom iglom, a parafinski odsecci tkiva bojeni su hematoksilin-eozinom za opšti pregled, sudanom za masti, po Van Gieson-u za vezivo i po Pearls-u za pigmente.

Najvažnije biohemijske i histološke promene stepenovane su od 1 — 5 prema kriterijumima izloženim u sledećoj tablici:

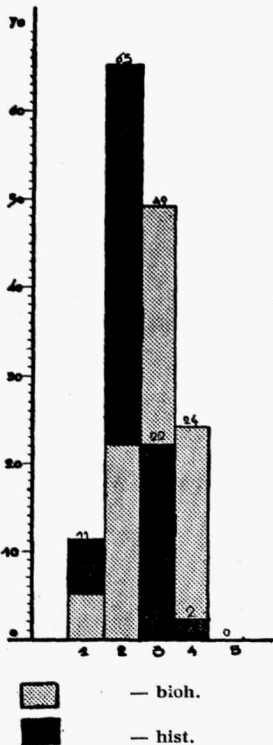
| Stepen poremećaja   | 1  | 2  | 3  | 4  | 5   |
|---|--|--|--|--|---|
| Billirubinemija, mg%<br>Timolsko замуćenje,<br>jed  | 1—5  | 5,1—10                                     | 10,1—15                                      | 15,1—20  | više od 20                                    |
| Sideremija mcg%<br>Alkalna fosfataza jedin<br>po King-Armstrongu  | 5—8<br>150—180                                 | 9—12<br>181—200                            | 13—16<br>201—250                             | 17—20<br>251—300                                 | 21—25<br>više od 300                          |
| Transaminaze, jedinice  | 10—15<br>60—100                                | 16—20<br>101—150                           | 21—25<br>151—200                             | 26—30<br>201—250                                 | iznad 30<br>iznad 250                         |
| Nekroza<br>Infiltracija<br>Hipertenzija<br>Holostaza<br>Regeneracija<br>Fagocitoza<br>Steatoza<br>Fibroza | vrlo slabo<br>izražena<br>(početne<br>promene) | slabo<br>izražena<br>(primitne<br>promene) | umereno<br>izražena<br>(najčešće<br>promene) | jako<br>izražena<br>(subma-<br>sivne<br>promene) | vrlo jako<br>izražena<br>(masivne<br>promene) |

Sabiranjem svih stepena za oštećenje biohemijske, odnosno histološke prirode, dobijao se adicioni broj prema kome je ukupno oštećenje moglo biti takođe klasifikovano u stepenima od 1 — 5.

### Rezultati

Raspored bolesnika prema stepenima oštećenja prikazan je na slici 1. Najveći broj je imao biohemijsko oštećenje III stepena (49%), dok je više od polovine pacijenata (65%) pokazivalo histološko oštećenje II stepena. Ostatak bolesnika bio je dosta pravilno raspoređen u grupama oko ovih centralnih vrednosti. Odnos dva poremećaja prikazan je na slici 2. Samo kod približno 1/3 (35%) bio je biohemijski i histološki nalaz u istoj meri izražen, dok su kod više od polovine bolesnika (59%) biohemijske promene bile upadljivije. Kod 6% bolesnika odneo je prevagu histološki nalaz nad biohemijskim.

Zasebnim prikazivanjem žena i i muškaraca prema stepenima oštećenja dobijen je istovetan raspored, što isključuje značajan uticaj pola na stepen oštećenja. Isti podaci dobijeni su i izdvojenim prikazivanjem seoskog stanovništva od gradskog i prikradskog.



Izraženost biohemijskih i histoloških promena kod 100 bolesnika sa akutnim virusnim hepatitisom.

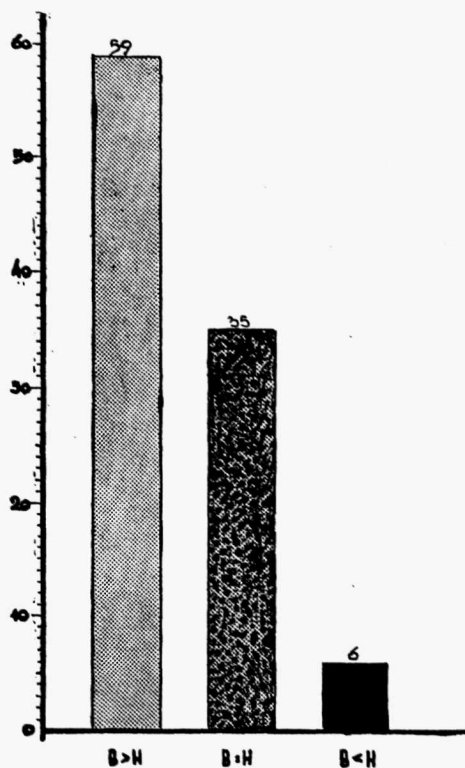
Odnos b

Izdvo  
poremeća  
imala vrl  
nalazilo i  
(umereno

Maksi  
TF 4 jed.  
ške prome  
u 12, osre  
nija imao  
bolesnika,  
nad drugi  
lesnika za

Norma  
su. spadal  
vrhom na

Sličan  
agulacione  
trećem i  
broj boles.



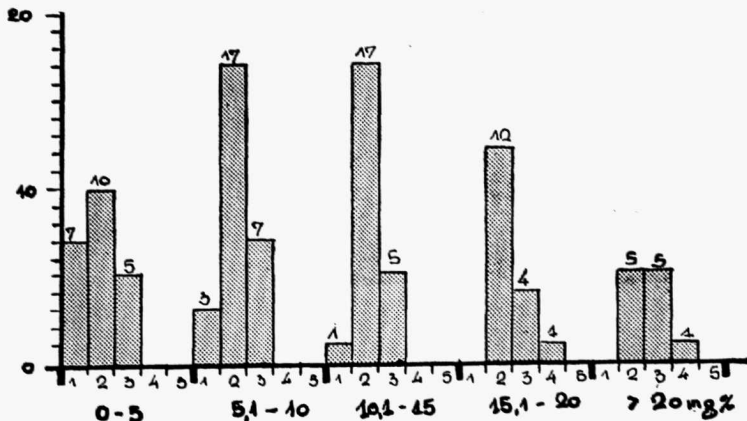
Odnos biohemijskog i histološkog poremećaja kod 100 bolesnika s akutnim virusnim hepatitisom

Izdvojeno je 10 bolesnika sa maksimalnim biohemijskim poremećajem (20—24 od 30 mogućih poena). Među njima su dva imala vrlo mali histološki poremećaj (stepen 1), 8 bolesnika se nalazilo na drugom stepenu, a samo dva na trećem stepenu (umerenog) histološkog poremećaja.

Maksimalno poremećene flokulacione probe (Weltmann 9—10, TF 4 jed. i TT više od 16 jed.) imala su 22 bolesnika. Histološke promene bile su u ovoj grupi vrlo male u 5 bolesnika, male u 12, osrednje izražene u 3, jako izražene u 2 bolesnika. Nijedan nije imao maksimalno izraženu histološku sliku. Raspored ovih bolesnika, prema tome, ima isti oblik Gauss-ove krive s vrhom nad drugim stepenom poremećaja, kao i raspored svih 100 bolesnika zajedno.

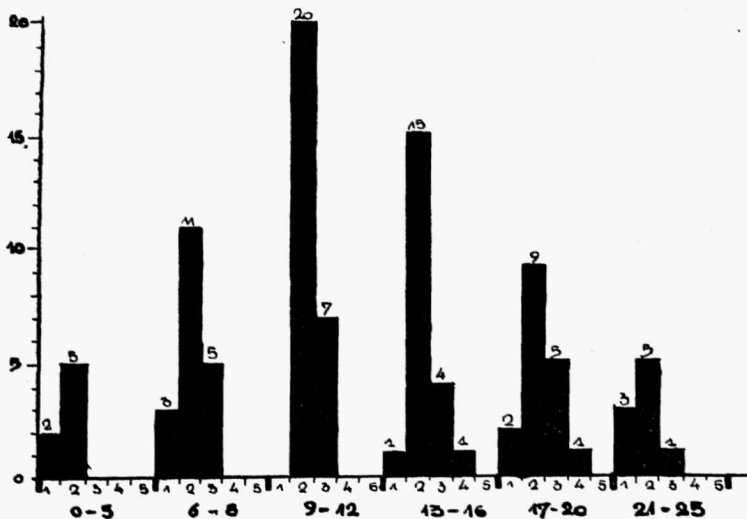
Normalne flokulacione probe nađene su u 13 bolesnika. Oni su spadali u prva tri stepena histološkog poremećaja, opet s vrhom nad drugim stepenom (8 bolesnika).

Sličan je bio i raspored bolesnika čije su Welmann-ove koagulacione trake iznosile 7, 8 i 9. Tek u grupi W 10 nalazi se u trećem i četvrtom stepenu histološkog poremećaja izjednačen broj bolesnika.



Odnos bilirubinemije i histološkog nalaza kod 100 bolesnika sa akutnim virusnim hepatitisom.

Stepen timolskog zamućenja bio je bez uticaja na histološki poremećaj (slika 3), a takođe i sideremija, aktivnosti alkalne fosfataze u serumu i bilirubinemija od 15 mg<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.



Odnos TT i histološkog nalaza kod 100 bolesnika s akutnim virusnim hepatitisom.

Tek sa povišenjem bilirubina preko 15 mg<sup>o</sup>/<sub>o</sub> povećavao se broj histoloških oštećenja trećeg stepena, a preko 20 mg<sup>o</sup>/<sub>o</sub> izjednačavao se broj bolesnika u grupi umerenog i jakog histološkog poremećaja (sl. 4). Na način sličan bilirubinemiji ponašale

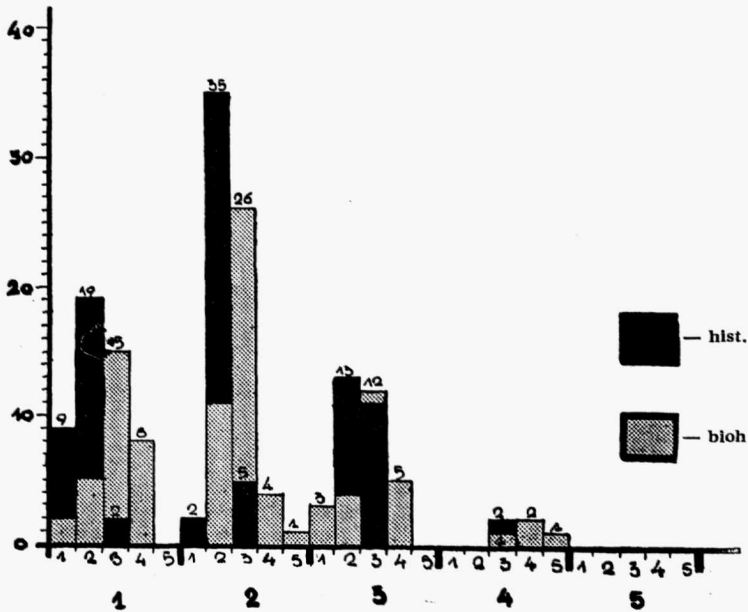
su se i  
s am  
jed. ob  
ozbiljni  
Nel

škim i  
prvim  
jan, a  
biohem  
čito ka  
na bioh  
Hol  
bolesni  
mena r  
jače izr

Odr  
učen je  
toji  
grupi o  
fosfataz  
njim st  
jedinica

Izve  
ske pro  
Ste

stepen  
histološ  
(slika 7



Odnos biohemijskih i histoloških promena kod 100 bolesnika s akutnim virusnim hepatitisom i raznim stepenom nekroze jetrenog tkiva.

su se i transaminaze: povišenje aktivnosti bilo TGO (asparagin-ska aminoferaza), bilo TGP (alaninska aminoferaza) preko 250 jed. obezbeđivalo je povećanje broja bolesnika u grupama sa ozbiljnijim histološkim poremećajem.

Nekroza stoji u nesumnjivoj zavisnosti sa ostalim histološkim i naročitim biohemijskim promenama (slika 5). Već i sa prvim stepenom nekroze biohemijski poremećaj postaje značajan, a pri većim stepenima nekroze zavisnost se više ogleda na biohemijskim nego na histološkim nalazima. I hiperemija, naročito kad se izražava ekstravazacijom, bila je od znatnog uticaja na biohemijske i druge histološke poremećaje.

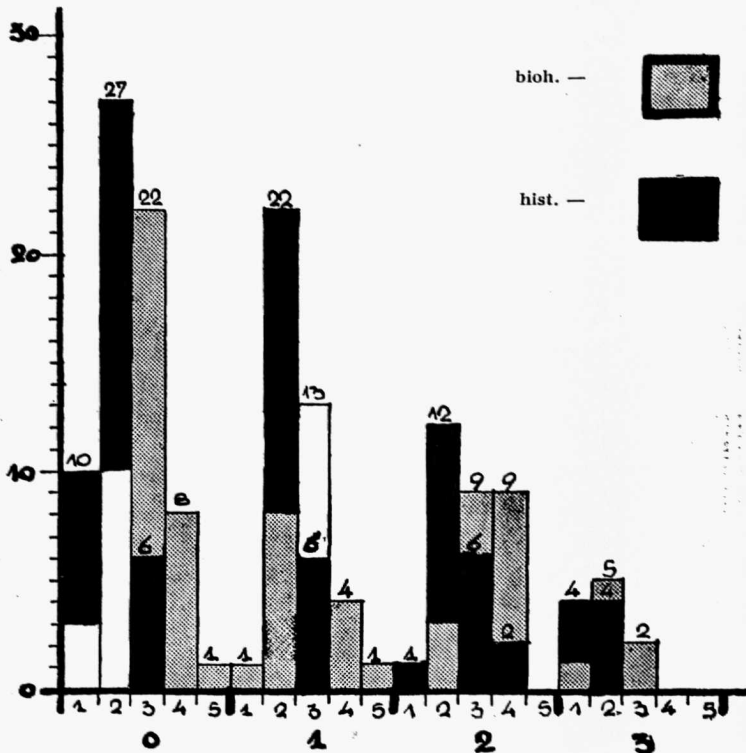
Holostaza prvog do trećeg stepena bila je izražena u 56% bolesnika. U toj grupi nađen je veći broj težih histoloških promena nego inače, ali biohemijski poremećaj nije bio upadljivo jače izražen (slika 6).

Odnos holostaze i aktivnosti serumske alkalne fosfataze proučen je zasebno: pokazalo se da kod posmatranih bolesnika ne postoji nikakva zakonska zavisnost između te dve veličine. U grupi od 7 bolesnika sa najjače izraženom holostazom, alkalna fosfataza nije premašila 25 jed., dok je među bolesnicima s manjim stepenom holostaze, i bez nje, bilo 12 osoba sa više od 30 jedinica po King-Armstrongu.

Izvestan stepen fibroze nađen je u 18 bolesnika. Biohemijske promene bile su u njih nešto jače naglašene.

Steatoza u tragu nađena je u 22 bolesnika, a drugi i treći stepen steatoze u daljih 12 pacijenata. Uticaj steatoze na ostali histološki i biohemijski nalaz nije bio statistički značajan (slika 7).





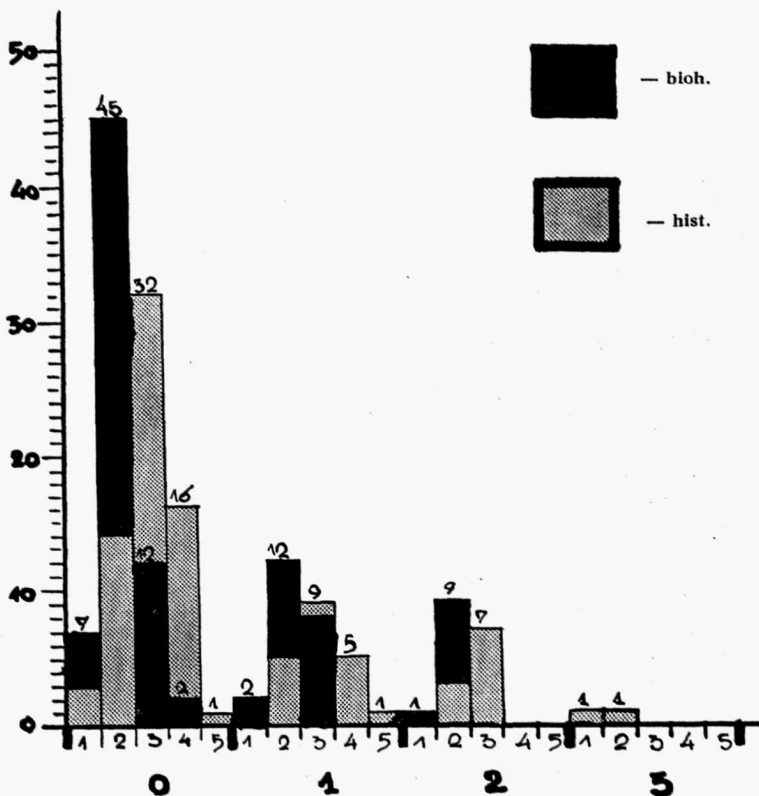
Značaj holostaze za histološki i biohemijski nalaz kod 100 bolesnika s akutnim virusnim hepatitisom.

### Komentar

Kako se biohemijski rezultati izražavaju u ciframa, nije bilo teškoća pri podeli nađenih promena u stepen oštećenja.

Na mnogo veće probleme nailazi se pri pokušaju da se klasifikuju i međusobno odmere histološki podaci, koji se obično izražavaju opisno. Zbog toga je bilo neophodno izraditi posebne kriterijume za svaku histološku promenu, što nije uvek lako, i ostavlja još uvek veliku mogućnost subjektivne greške. Zato je predstavljao znatno ohrabrenje rad Dubin-a (3) u kome su nađeni skoro identični kriterijumi za stepene histološke holostaze u preparatima jetrenog tkiva.

Veći stepen izraženosti biohemijskih nego histoloških promena u ovom radu izgleda logična posledica mogućnosti da među brojnim biohemijskim analizama više njih bude pozitivno, tim pre što za ovu pozitivnost ne izgleda neophodan histološki supstrat upadljiv u mikroskopskoj slici. Kao što je izneseno u rezultatima, maksimalna biohemijska pozitivnost može ići uporedo s minimalnim histološkim promenama. Treba očekivati da nam proučavanje elektronske strukture hepatocita prikaže supstrate za prve stepene pozitivnosti nekih biohemijskih proba (4).



Uticaj steatoze jetre na histološki i biohemijski nalaz kod 100 bolesnika s akutnim virusnim hepatitisom.

Iako je broj muškaraca u posmatranoj grupi bolesnika bio znatno veći od broja žena, bitne razlike u tim podgrupama nisu nađene. Na odeljenju je postojao jedno vreme nesiguran klinički utisak da žutica u zemljoradnika prolazi brže i uz manje subjektivnih tegoba nego u gradskih stanovnika. Sadašnja analiza nije pokazala da postoje statistički značajne razlike između te dve podgrupe bolesnika.

Pri pregledu rezultata pada u oči da na nižim stepenima oštećenja nije nađena zavisnost između biohemijskih i histoloških promena. Pri porastu bilirubinemije na visoke vrednosti, histološko oštećenje postaje upadljivo, što je svakako dobrim delom u zavisnosti od propadanja oštećenih hepatocita i stvaranja komunikacija između krvnih i žučnih puteva. Ista je pojava zabeležena i pri proširenju Weltmannove koagulacione trake u desno, kao i pri porastu aktivnosti serumskih transaminaza. Tvrdjenje Edmundson-a (5) da je nivo transaminaza povišen kad god postoji histološki nalaz akutne nekroze dovoljan da prouzrokuje žuticu, ne izgleda opravdan, jer je u nekoliko slučajeva aktivnost transaminaze bila normalna.

Među posmatranim bolesnicima u ovoj grupi nađena su povišenja TGP do 410 jedinica uz vrlo slabo izražene histološke promene (I stepen) kao i TGP od 800 jedinica u bolesnika na II stepenu histološkog poremećaja, ali je bilo i slučajeva teških histoloških promena uz 620 jedinica TGP. Isto tako je jedan bolesnik sa 388 jedinica TGO jedva bio na prvom stepenu histološkog oštećenja, dok je drugi sa 12 jedinica imao histološke promene četvrtog stepena. Ovi nalazi podsećaju na zapažanja u bolesnika sa hroničnim oboljenjima jetre (2).

Sideremija se ponašala slično, ali ovde procena niskih vrednosti otežava prisustvo eventualne fokalne infekcije, koja skoro redovno ima za posledicu sideropeniju. Čudnije izgledaju ređi slučajevi visoke sideremije (preko 400 mg%) sa vrlo malim histološkim poremećajima.

Jače izražen histološki nalaz obećavao je sa većom sigurnošću pozitivnost biohemijskih proba, što navodi na opravdan zaključak da su primenjene biohemijske probe osetljiviji instrument od histoloških promena zapaženih pri spomenutim metodama bojenja. Tako su tri bolesnika sa maksimalnim histološkim promenama imala i maksimalno biohemijsko oštećenje, ali je ono s druge strane nađeno i u 4 do 10 bolesnika s minimalnim histološkim promenama.

Nekroza i inflamatorna infiltracija nesumnjivo predstavljaju najtipičnije i najpouzdanije histološke promene u prvim danima ikteričnog stadijuma hepatita, pa je razumljivo da je povezanost ovih promena sa pozitivnim biohemijskim promenama najupadljivija, a još više ako su bile praćene hipere-

Holostaza se nalazi prema navodima u literaturi kod 1/4 do 1/2 svih bolesnika s akutnim virusnim hepatitisom (3) (5). Vežana je pretežno za akutnu fazu oboljenja, protivno ranijem mišljenju, i nije praćena upadljivim povišenjem alkalne fosfataze, nego je u većoj meri zavisna od bilirubinemije (3).

Fibroza manjeg ili umerenog stepena zapažena je u naših bolesnika i pri ranijim histološkim ispitivanjima.

Ona može postojati i pre virusnog hepatita. Međutim, značajna je činjenica zapažena pri ponovnim histološkim pregledima nekih naših bolesnika, da se može naći periportno vezivo s tendencijom prodiranja u režnjić, pa čak i premoštavanja, koje je potpuno reverzibilno.

Steatoza, osim u tragovima, nije tipičan nalaz u toku virusnog hepatita, ali virusni hepatitis u bolesnika sa već postojećom steatozom svakako nisu retkost. Sama steatoza ne povlači po pravilu za sobom poremećaj funkcije jetre (2) (6).

### Zaključak

U grupi od 100 neodabranih bolesnika sa akutnim virusnim hepatitisom biohemijske promene su bile izražene u većoj meri nego histološke.

Pol i život na selu, odnosno u gradu su faktori bez uticaja na izraženost i povezanost biohemijskih i histoloških promena.

1. Poppe
- Divi
2. Kalle
3. Dubi
4. Simi
5. Edrz
6. Moye

Depart.  
CORRE

The  
group  
test we  
siderem  
ents the  
disease.  
tine exz  
tissue a  
and hist  
the r  
2nd  
bution  
zhaped  
of no s  
histolog  
on third  
histolog  
and as r  
degree  
correspo  
degree  
logic chz

Na nižim stepenima oštećenja ne postoji nikakav stalan odnos između biohemijskih i histoloških nalaza. Veći stepen biohemijskog poremećaja je samo nešto češće praćen odgovarajućim histološkim promenama.

Pri jačem histološkom oštećenju mogu se s većom sigurnošću očekivati i jače pozitivne biohemijske probe. U tom pogledu naročito se ističe nekroza.

Pri jačem histološkom oštećenju mogu se s većom sigurnošću očekivati i jače pozitivne biohemijske probe. U tom pogledu naročito se ističe nekroza.

Holostaza često ide uporedo sa obimnijim histološkim nalazom, ali je ne prati veći biohemijski poremećaj, a naročito ne i upadljivo povećana aktivnost alkalne fosfataze.

Biohemijske promene predstavljaju osetljiviji dijagnostički instrument od histološkog pregleda. Oba nalaza se korisno dopunjuju u klinici.

## B I B L I O G R A F I J A

1. Popper H., Schaffner F.: *Liver, Structure and Function*, The Blackiston Division, New York 1957.
2. Kallai L., Hahn A., Röder V., Zupančič V.: *Acta med. scand* 1964, 175 (49)
3. Dubin I. N.: *Gastroenterology* 1959, 36 (645)
4. Simić M.: *Med. arhiv* 1964, 18 (39)
5. Edmundson H. aA.: *JAMA* 1965, 191 (480)
6. Moyer J. H., Wurl O. A.: *Am. J. Med. Sci.* 1951, 221 (28).

## S U M M A R Y

Department of Medicine, General Hospital, Banjaluka

CORRELATION BETWEEN THE BIOCHEMICAL AND HISTOLOGIC FINDINGS  
IN ACUTE VIRAL HEPATITIS

Dragomir Todorović

The degree of biochemical and histologic disturbance was studied in a group of a 100 hospitalized patients with acute viral hepatitis. The following test were applied: Weltmann coagulation band, thymol turbidity, bilirubinemia, sideremia, phosphatasemia and transaminasemia (SGOT and SGPT). In all patients the aspiration liver biopsy was performed in a relatively early period of disease. Paraffine tissue sections were stained with hematoxylin-eosin for routine examination, with sudan for fats, according to Van Gieson for connective tissue and according to Pearls for pigments. The intensity of the biochemical and histologic damage was graded 1 to 5 according to the formerly fixed criteria. In the major part of patients the 3rd degree of biochemical damage was found and 2nd degree of histologic changes (49% and 65% respectively). The distribution of other patients on both sides of these values recalls the Gauss bell shaped curve. The sex and the living habits (in town or in the country) were of no significance for such distribution. Higher degree of biochemical than histologic disturbance was found in more than a half of the patients, and only on third of the persons studied showed the same degree of biochemical and histologic findings. The values of the biochemical tests were studied separately and as a battery, but no constant correlation was found between them and the degree of histologic changes. Only the highest bilirubinemia and phosphatasemia corresponded significantly to more extensive histologic damage. The higher degree of necrosis et hyperemia was generally accompanied by important histologic changes, but not necessarily by a higher degree of biochemical distur-



bance. Cholostasis of a certain degree was present in 56 patients. This corresponded to more serious histologic as well as biochemical findings. Slight fibrosis of steatitis was found in a small number of patients. These were both without significance for the degree of histologic disturbance, but the biochemical tests showed more marked positivity in these patients. The most serious histologic were always accompanied by highly marked biochemical disturbance. In patients with minimal histologic findings the biochemical syndrome behaved independently and inconsistently.

*(Interno odjeljenje  
Opšte bolnice u Banjoj Luci  
Načelnik: dr Andrija Mikeš)*

Pla  
u p  
Zvo

I  
staju  
oper  
dijel  
zahv  
C  
polož  
mets  
efeka  
1  
2  
Kod  
kuka  
prepc  
presa  
vredz  
zadov  
što s  
defek  
Z  
srebr  
go. U  
stični  
presa  
S  
nizam  
granu  
stvu  
Zi  
svojs  
funkc  
se rs  
ispuni  
nisu u  
tat kr  
bri i  
ektrop  
orbital  
mjesto  
Ka  
ću dvi

\* Ref. e  
otor:

## Plastične operacije koštanih defekata u području orbite\*

Zvonimir Klepac

Koštane ozljede orbitalnog ruba i njene okoline koje nastaju najčešće u ratu, saobraćajnim nesrećama, ili poslije nekih operacija ne daju se uvijek pokriti i odmah plasticirati mekim dijelovima, već su za to potrebni naknadni i naročiti operativni zahvati.

Odgovarajuće značenje orbite, kao zaštite oka i ispravnog položaja kapaka, ne daje samo indikaciju za operaciju radi kozmetskog efekta nego većinom radi funkcionalnog. Kod takovih efekata u izboru su dvije metode:

- 1) autoplastika s presađivanjem kosti, rskavice ili mišića,
- 2) aloplastika s implantacijom mrtvog tkiva.

Kod autoplastike najčešće se uzima spongioza kosti, sa tibije, ili kuka, rskavica sa rebra, ili sternuma. Ova posljednja se više preporučuje zbog lakšeg oblikovanja. Allen i Gušić preporučuju presađivanje mišića. Gušić kod defekata iza frontobazalnih povreda odmah po primarnoj obradi, presađuje mišićno tkivo sa zadovoljavajućim rezultatima. Prednost ove metode je u tome, što se izvodi u jednom aktu, pacijent se oslobađa neugodnoga defekta i čekanja nove operacije.

Za aloplastike upotrebljavaju se različiti materijali, npr. srebro, staklo, slonova kost, supramid, pleksiglas, paladon i drugo. U posljednjih deset godina bilo je sve više i više aloplastičnih operacija kao i stručnjaka koji joj daju prednost nad presađivanjem živoga tkiva.

Schuchardt misli da je svaki strani predmet uveden u organizam i prisutan u njemu kao mrtvi materijal sklon stvaranju granulacija i upala. On se prema vlastitom i mnogobrojnom iskustvu orbitalnih plastika ne slaže s ovom metodom plasticiranja.

Živo tkivo kao transplantacioni materijal ima također i loša svojstva, jer je teško uvijek transplantatu dati kozmetički i funkcionalno zadovoljavajući oblik. Veći dubinski defekti mogu se rskavicom i koštanim vezovima samo premostiti, ali ne i ispuniti, tako da nastanu oblici koji s normalnim konturama lica nisu u skladu. Daljnje loše svojstvo je u tome što se transplantat kruto povezuje s okolinom, te na prilježnoj koži nastaju nabori i retrakcije koje u području kapaka pospješuju nastajanje ektropijuma. Na kraju treba uvažiti da u području koštanog orbitalnog ruba implantiranoj rskavici u ovom području nije mjesto, pa ako i nije tuđa vrsta, tuđi je smještaj.

Kao posljednje ne smije se previdjeti da se pacijentu nameću dvije operativne traume i vremenski prilično proširen zahvat.

\* Ref. održan 24. novembra 1964. na intersekcijском sastanku otorinolaringologa BiH i Hrvatske

Kod autoplastike Schuchardt za pokrivanje koštanih defekata orbitalnog ruba daje prednost rskavičnim transplantatima, a uzima ih pretežno od rebranog luka. U većini slučajeva autor ne ispunjava potpuno koštane defekte, nego se ograničava na jednostavno potkožno ispunjavanje jednom rskavicom. Kod upotrebe koštanih ivera preporuča potpuno ispunjavanje. Prema Schuchardt-u ne postoji opasnost od resorpcije, dok su Cavina, Bulatsch i Golovina opisali slučajeve gdje je došlo do postepe-nog smanjivanja implantirane rskavice.

Opisani su i slučajevi u kojih je nastupilo savijanje rskavičnog implantata, pa je za otklanjanje takove deformacije preporučeno skidanje perihondrija. Implantiranje se vrši u totalnoj narkozi jer lokalna anestezija infiltrira okolno tkivo, pa se izgu-bi anatomska preglednost.

Kod aloplastičnih operacija, kao najpodesniji materijal pokazao se paladon zbog svoje kemijske indiferentnosti, niske specifične težine i lagane obrade. Većina je autora bila zadovoljna rezultatima implantiranog paladona.

Umjetne tvari kao plastični materijal lakše se oblikuju, odnosno može se prije operacije u miru polučiti idealan oblik i veličina implantata. Pošto plomba s okolnim tkivom ne čini čvrstu vezu, koža ostaje preko toga pomična, pa se ne stvaraju brazgotine. Nadalje oblik implantata ostaje nepromijenjen i stručnim postupkom daje najbolju garanciju za lagani tok liječenja. Budući je operativni postupak kratak, u suprotnosti je sa autoplastikom, a k tome ne opterećuje bolesnika. Za takove zahvate važno je da se trauma dogodila puno ranije, da ne postoje kronični upalni nadražaji u području defekta. Pretpostavlja se za uspjehe zahvata, da stoji na raspolaganju dovoljno kože za pokrivanje implantata, da ona bez zategnutosti leži preko plombe i time daje dobre uslove prehrane. Ako sve ove pretpostavke postoje, može se smatrati paladon, naročito kod defekata kostiju u području orbite i njene okoline kao idealan implantacioni materijal, barem iste vrijednosti kao vlastito tkivo, prema nekima čak i vredniji. (Denecke, Müdnich). Što se tiče rezultata koji se postižu paladonskim implantatima, mogu se oni označiti kao pouzdani, dobri i trajni, a zadovoljavaju sve kozmetske i funkcionalne zahtjeve. Da su ovi rezultati zaista dobri, potvrđuju radovi od prije sedam i devet godina.

Princip pravljenja paladonskog implantata je isti, kao i kod zubnih proteza. Prvo se ispita gdje će plomba ležati, pa se uzima otisak u gipsu, koji se prenaša u zubarsku heku, a zatim se izlijeva paladonska plomba. Sterilizacija se vrši kemijskim putem. Najprije se pere sapunom, pa se ostavlja da leži prije operacije 24 sata u 1% otopini zefirola, ili 1% oxycyana, ne u alkoholu. Ona je apsolutno pouzdana, dok termička sterilizacija nije sigurna, jer se paladon razmekšava u toplini i time gubi svoj oblik. Mi vršimo sterilizaciju na taj način što paladonsku plombu najprije kuhamo 24 sata u specijalnom željeznom modelu da bi iščezli nepoželjni sastojci kiselina. U ovakvom postupku temperatura ne igra ulogu. Prilikom pranja ruku za operaciju peremo i paladonsku plombu, a nakon toga ispiramo je deset minuta fiziološkim rastvorom, a zatim stoji dvadeset minuta u kristalnom rastvoru penicilina. I ovaj je način sterilizacije sasvim pouzdan.

Specifičnost našega pravljenja paladonskih plombi je u tome što sa unutrašnje strane nabušimo mnogo rupica raznih veličina, koje se konusno sužavaju prema vanjskoj površini plombe. Prednost ovakove obrade plombe je uraštanje veziva, a na taj način i fiksacija plombe s podlogom, dok vanjska strana ostaje glatka, koža pomična, a to se upravo i želi postići.

Sama operacija je lagana, koža se minira prema veličini transplantata, pazeći da se ne oštete veći krvni sudovi kako ne bi došlo do kasnijeg naknadnog krvarenja. Plomba se stavlja tek onda kada se sa sigurnošću uspostavi hemostaza. Ako se ipak stvori hematoma u rani unatoč svim provedenim kautelama, vrši se punkcija. Na kraju se rana brižno zatvara šavovima.

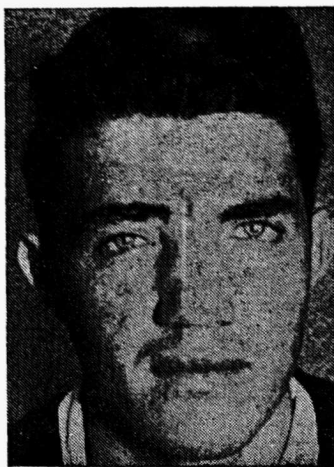
Neki autori ne preporučuju fiksaciju implantata sa vezivnim tkivom i smatraju je ne samo nepotrebnom već i štetnom, jer nakon zarašćivanja tkiva u poroznu plombu ne može više koža bez zapreka da leži iznad površine plombe, a to dovodi do čvrstog sraštanja implantata s okolinom i fiksira ga. U normalnim uslovima već nakon šest do osam dana odstranjuju se šavovi, za deset do četrnaest dana pacijent se otpušta kući, a za šest do osam tjedana plomba je tako čvrsta da se ne razlikuje od normalnog izgleda čela. Ako su potrebne RTG kontrole, kao na primjer kod defekata nakon resekcije tumora, onda su RTG snimke vrlo jasne jer paladon ne čini nikakvu sjenu. Ako se nakon paladonske plastike pojavi recidiv tumora, plombu je vrlo lako odstraniti.

U našim plastičnim operacijama presađivali smo u defekte čela i ruba orbite koštano tkivo i rskavicu, te koštano tkivo i rskavicu zajedno. Kao aloplastični materijal upotrebljavali smo paladon.

Prikaz slučaja:

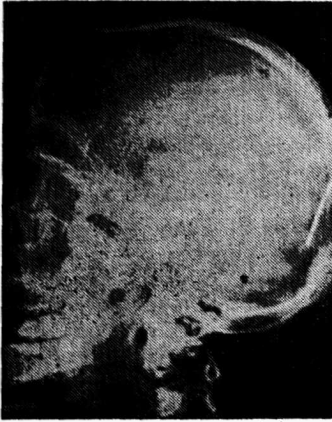
#### 1) DEFEKAT ČELA NAKON POVREDE U SAOBRACAJNOJ NESREĆI

Godinu dana poslije povrede implantirali smo sitne komadiće kosti spongioze sa kuka u defekat čela.





## 2) TESKA FRONTOBAZALNA POVREDA U SAOBRAĆAJNOJ NESREĆI



Profilni kranioogram nakon nesreće i dolaska u bolnicu. Komplikirana fraktura čelone kosti sa rupturom dure na nekoliko mjesta i likvorejom na nosu. Nos i obje maskile zgnječeni.



Mjesec dana nakon povrede vidljiv je defekat čela sa pulzacijom dure, defekat korijena nosa i ptoza gornje lijeve vjeđe.



Defekat čela ispunili smo brižljivo tankim lisnatim komadićima spongioze kosti sa kuka.



Nakon mjesec dana implantirali smo pod vršak i korijen nosa dva oblikovana komadića rskavice rebra s perihondrijem.

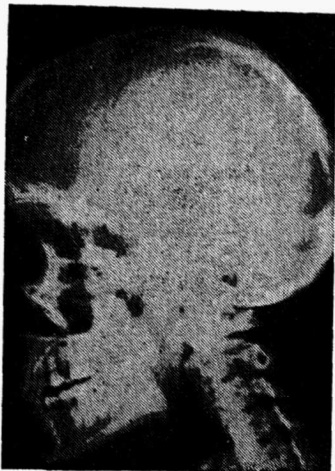
Ptozu v  
operacij

3) TR

Mje  
vidl



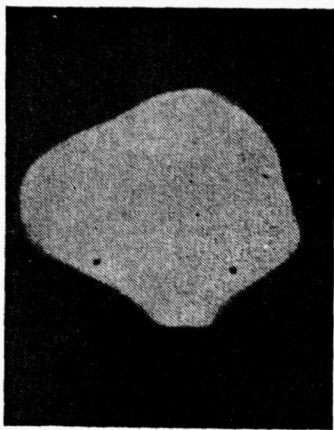
Ptozu vjeđe riješili smo plastičnom operacijom po Hess-u.



Profilni kranioogram nakon završenih plastičnih operativnih zahvata

### 3) TRAUMATSKI DEFEKAT ČELA

Mjesec dana nakon udarca željeznom kuglom na koži čela vidljiva pulzacija dure.



Paladonski implantat



Kroz brazdu na čelu u subinirano područje implantirali smo paladonski implantat sa fiksacijom na tri mjesta.



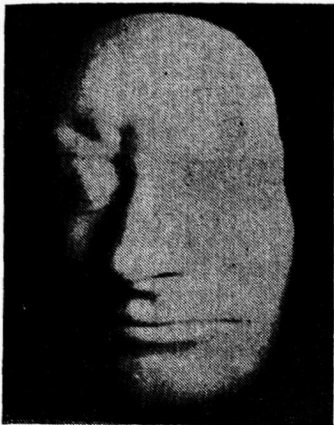
Rezultat operacije

EPA

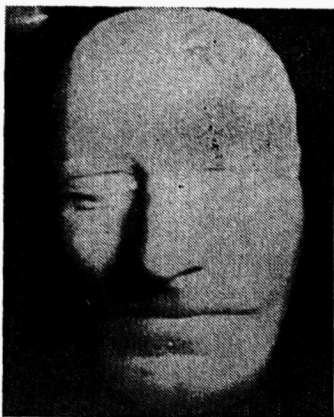
4) DE  
PC

Gipsana

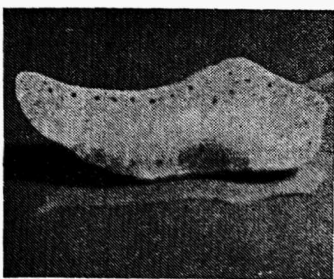
4) DEFEKAT DESNOG ČELA NAKON OPERACIJE  
PO RIEDL-U



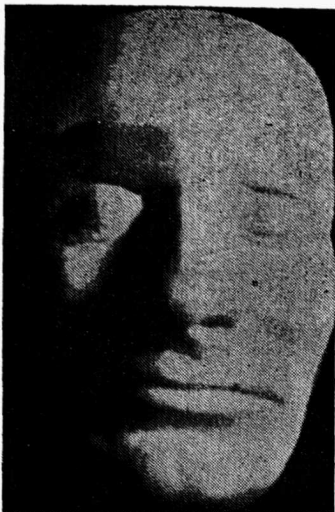
Gipsana mulaža prije plastike



i nakon plastike

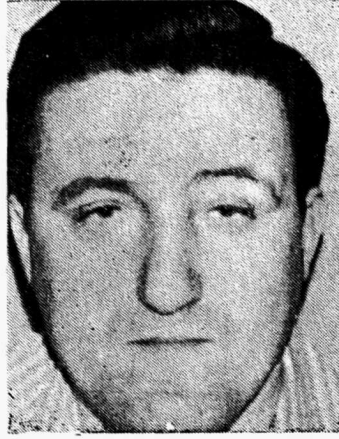


← Obradena paladonska plomba  
Paladonska plomba položena pokusno  
na gipsanu mulažu — dolje lijevo



Rezultat operacije

5) DEFEKAT LIJEVOG ČELA NAKON OPERACIJE  
PO RIEDL-U

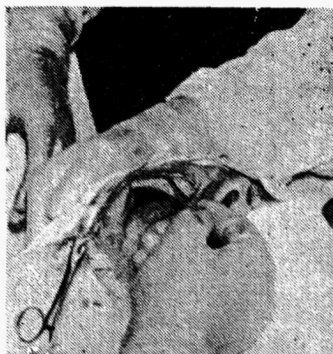


Rezultat nakon plastike implantiranog rupičastog paladona bez fiksacije

KLEPA

6) DE  
PC

6) DEFEKAT DESNOG ČELA NAKON OPERACIJE  
PO RIEDL-U



U defekat desnog čela implantirali smo paladonsku plombu rupičastu, bez fiksacije.

## 7) DEFEKAT ČELA NAKON FRONTOBAZALNE POVREDE



Kroz kožu vidljiva pulzacija dure



Paladonsku plombu fiksirali smo na dva mjesta.

*Zaključak*

Za plastične operacije koštanih defekata orbite i njene okoline služili smo se dvjema metodama:

1) autoplastika, sa presađivanjem kosti i rskavice

2) aloplastika, sa implantacijom zubarskog paladona.

Živo tkivo, kost i rskavica imaju kao transplantacioni materijal dobra svojstva, brzo srašćuju, a rskavica se bolje i lakše oblikuje od kosti.

Umjetne tvari kao plastični materijal lakše se oblikuju, prije operacije može se u miru polučiti idealan oblik i veličina implantata. Plomba s okolnim tkivom ne čini čvrstu vezu, koža ostaje preko toga pomična, i ne stvaraju se brazgotine.

Naši operirani slučajevi dokazuju da su plastične čela i orbitalnoga ruba koje smo plasticirali presađivanjem živoga tkiva, rskavice i kosti, dali zadovoljavajuće rezultate, kao aloplastične operacije paladonom u šestogodišnjoj primjeni.

## LITERATURA

1. Sercer, A.: Neuere Gesichtspunkte der Rhinoplastik. Arch. Ohr. — Nas. — u. Kehlk. — Heilk. S. 352 — 377, 1962.
2. Sercer, A.: Mündlich, K., Schmelcher, R.: Plastische Operationen an der Nase und an der Ohrmuschel. G. Thieme Verlag Stuttgart. (1962).
3. Kirschner, M.: Operationslehre, zweite Aufgabe IV. Band, S. 653. Defekte an der Stirn Abb. 98 a und b, Abb. 99 a — c Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1956.
4. Kirschner, M.: Operationslehre, zweite Aufgabe, V. Band, 8. 247 Korrektur der eingefallenen Stirn nach der Riedelschen Operation. a) Nach dem Stirn-defekt geformte Paladonplatte. Springer-Verlag Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1953.

5. Kir  
- Ve  
6. Axl  
auf  
7. Sch  
ter  
unc  
8. Rot  
Spr  
9. Leu  
G.  
10. Zül  
Chl  
11. Krm  
und  
u. E  
12. Ball  
tisch  
1962.  
13. Tess  
clop  
14. War  
2, 30

Oto-r  
PLAST

Erfolgen  
Umgebnu

1) Au

2) Al

Das leber  
gute Eig  
besser fc  
man lecl  
vor der  
Plombe u  
bleibt be  
Unsere op  
stiken de  
Gewebes  
Resultate

Ohren-Nas  
Allgemeine

(Otorinc  
Opšte b  
Načelnik

5. Kirschner, M.: Operationslehre, zweite Aufgabe., IV. Band, S. 486. Springer-Verlag-Berlin-Göttingen-Heidelberg 1956.
6. Axhausen.: Die histologischen und klinischen Gesetze der freien Osteoplastik auf Grund von Tierversuchen. Arch. klin. Chir. 88, 23, 1908.
7. Schmid, E.: Die Anwendung der Haut-Knorpeltransplantates nach König unter besonderer Berücksichtigung der Spaltplastik. Fortschritte der Kiefer — und Gesichtschirurgie 5. 1959.
8. Roth, H.: Die Konservierung von Knochen (gewebe für Transplantationen). Springer Wien 1952.
9. Leutz, W.: Die Grundlagen der Transplantation von fremden Knochengewebe; G. Thieme, Stuttgart 1965.
10. Zülke, D. München.: Kunststoffe als Implantations Material in der plastischen Chirurgie. S. 379. Arch. Ohr. — Nas. — u. Kehlk. — Heilk. 1962.
11. Krmpotić, J.: Anatomische Bedingungen zur Erzielung einer guten Einheilung und dauernden Erhaltung der Autotransplantate. S. 324, Arch. Ohr. — Nas. — u. Kehlk. — Heilk. 1962.
12. Balik, L.: Untersuchungen über das feingewebliche Verhalten von Autoplastischen und homiooplastischem Knochenbrei bei Knochenplastiken. S. 383, 1962. Arch. Ohr. — Nas. — U. Kehlk. — Heilk.
13. Tessier, P., Ginstet, G.: Operations réparatrices de l' orbite osseuse. Encyclopédie Medico — Chirurgicale Ophtalmologie III 21650 — Flo, 1961.
14. Wardil, V. E. M. M. J. Swinney: Bovine Cartilage in Plastic Surgery Lancet 2, 389, 1947.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Oto-rhino-laryngologische Abteilung, Allgemeine Krankenhaus, Banja Luka  
**PLASTISCHE OPERATIONEN DER KNOCHENDEFEKTE IM GABIEETE DER ORBITA**

Zvonimir Klepac

Bei den plastischen Operationen der Knochendefekte der Augenhöhle und ihrer Umgebng wenden wir zwei Methoden an:

- 1) Autoplastik mit Knochen und Knorpel Transplantation.
- 2) Aoplastik mit Zahnpaladon Implantation.

Das lebende Gewebe, Knochen und Knorpel, haben als Transplantationsmaterial gute Eigenschaften. Sie wachsen schnell zu, der Knorpel lässt sich andererseits besser formen als der Knochen. Kunststoffe wie das plastische Material formt man leichter. Man kann in Ruhe eine ideale Form und Grösse des Implantats vor der Operation erreichen. Es wird keine feste Verbindung zwischen der Plombe und den umgebenden Gewebe gebildet, die darüber befindliche Haut bleibt beweglich und es bilden sich auch keine Narben.

Unsere operierten Fälle haben bei sechsjähriger Anwendung bewiesen, dass Plastiken der Stirn und des orbitalen Randes, durch Transplantation des lebenden Gewebes ausgeführt sowie aoplastische Operationen mit Paladon, befriedigende Resultate geben.

Ohren-Nasen und Halsabteilung,

Allgemeines Krankenhaus, Banja Luka.

*(Otorinolaringološko odjeljenje  
 Opšte bolnice u Banjoj Luci  
 Načelnik: dr Zvonimir Klepac)*



## Jedan metod za brzu detekciju sifilisa

Aleksandar A. Vasiljević

Posljednjih godina povećao se u gotovo svim zemljama Evrope i Amerike broj polnih oboljenja, kako gonoreje, tako i sifilisa. Luther Terry, šef zdravstvene službe SAD, iznosi da se broj prijavljenih svežih luetičnih infekcija povećao sa 6251 slučaja u 1957. na 20.084 u 1962.<sup>1)</sup> Kako se prijavljuje i registruje tek svaki treći slučaj, onda je stvarni broj svežih infekcija znatno veći. Na simpozijumu o kontroli veneričnih oboljenja, koji je 1962. organizovao Regionalni ured za Evropu SZO u Štokholmu, istaknuto je da se polna oboljenja ponovo jače šire u mnogim evropskim zemljama. Godišnje se na području Evrope registruje 30—40.000 novih oboljenja od sifilisa. Istaknuto je da je stvarni broj mnogo veći jer se mnogi bolesnici ne registruju.<sup>6)</sup>

S druge strane, sve više se primećuje patomorfoza u kliničkom toku sifilisa.<sup>7)</sup> Usled sve šire upotrebe penicilina dolazi do prikrivanja infekcije i do pojave sve većeg broja amanifestnog, seroreaktivnog luesa. Takvi se slučajevi otkrivaju, pretežno, prilikom raznih sistematskih pregleda u kolektivima, u okviru rutinskih laboratorijskih pretraga u bolnicama, kod lica koja po svojoj prirodi posla podležu redovnoj kontroli krvi (ugostitelji, davaoci krvi) i sl.

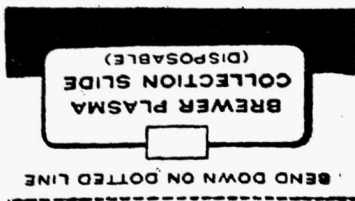
Detekcioni (screen) testovi sve više postaju ustaljena procedura u okviru kompletne laboratorijske obrade bolesnika. Jedna od osnovnih mera prevencije sifilisa je rano otkrivanje obolelih i njihovo lečenje. Savremena serologija raspolaze brojnim serološkim reakcijama, kojima se, pored starih, pridružuju sve novije i savršenije reakcije, naročito u pogledu specifičnosti i osetljivosti. Međutim, paralelno s povećanjem specifičnosti tih reakcija, povećavaju se i troškovi oko njihovog izvođenja jer zahtevaju skupu opremu i vrlo stručan personal. To je uslovalo da se te reakcije (ITP, TPIAT, FTA, tpcf—50) mogu da izvode samo u velikim laboratorijama, a u krajnjoj liniji nisu pogodne za rutinsko ispitivanje zbog skupoće i komplikovane tehnike.

Pored toga potrebno je istaknuti i vreme od slanja krvi na pregled do dobijanja rezultata. Katkada se dešava da nalaz stigne tek za 10 ili 15 dana, naročito ako se krv mora slati u neko udaljenije mesto na analizu. Ovaj prekid kontakta između lekara i bolesnika usled čekanja nalaza predstavlja slabu tačku u kontroli luesa, kako ističe Portnoy.<sup>2)</sup> Vrlo često se dešava da bolesnik posle vađenja krvi ne dođe više na pregled ili otputuje, pa se javljaju poteškoće da se naknadno pronađu takvi ljudi. Naročito su nezgode s licima na proputovanju. Na to utiče i jača migracija radne snage, osobito u velikim pogonima, koji upošljavaju nekvalifikovanu radnu snagu (sezonski poljoprivredni radnici), a upravo su ovakve velike aglomeracije radne snage eksponirane veneričnim infekcijama.

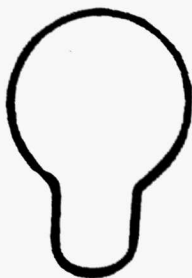
U našim uslovima poseban problem predstavljaju serološke laboratorije u manjim mestima, jer rade često pod sasvim lošim uslovima i bez dovoljno stručnog osoblja.

U potrazi za testom koji bi mogao da se izvodi brzo i jednostavno, još 1936. uveli su S. Ide i T. Ide jedan brzi test, koji je kasnije modificiran kao brzi test za sifilis »Belring«. Ovaj test koji se izvodi inaktiviranim serumom ima u antigenu otopinu kristal-violeta, koja kod pozitivnog ispada reakcije pokazuje plavkaste flokule,<sup>8)</sup>

Saradnjom firme Hynson, Westcott & Dunning i Laboratorije za istraživanje veneričnih oboljenja (VDRL) i Centra za zarazna oboljenja razvijen je jedan potpuno novi brzi test za detekciju sifilisa. Krajem 1962. prikazao je J. Portnoy ovaj test, koji je nazvan RPR-Card test (Rapid Plasma Reagin t.) na godišnjoj skupštini Udruženja vojnih lekara u Vašingtonu.<sup>4)</sup>



**BREWER PLASMA  
COLLECTION SLIDE  
(DISPOSABLE)**



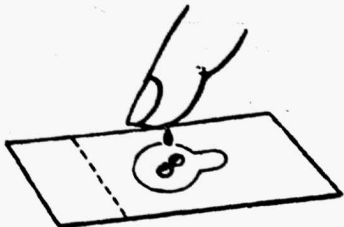
**IDENTIFICATION:**

Sl. 1

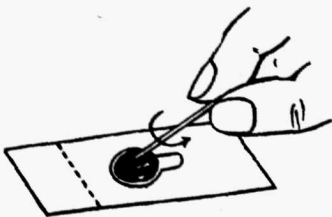
Za razliku od klasičnih seroloških reakcija, za izvođenje RPR-testa nije potrebna inaktivacija seruma. Antigen za ovaj test je modificirani VDRL-antigen, koji sadrži cardiolipin, lecithin i cholesterol, sa dodatkom cholin-chlorida. Cholin-chlorid sprečava inhibitorno delovanje labilnih materija u nezagrejanom serumu na flokulacionu reakciju između reagina i antigena.<sup>9)</sup>

Problem brzog odvajanja plazme rešio je Brewer, koji je u tu svrhu konstruisao tzv. Brewer-ovu kolekcionu pločicu za plazmu (sl. 1).

3 kapi krvi iz jagodice prsta nakapa se na tu pločicu, koja ima za to odgovarajuću udubinu (sl. 2).

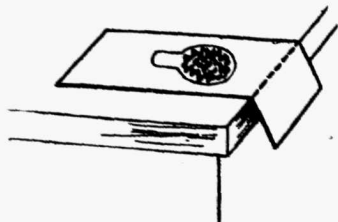


Sl. 2

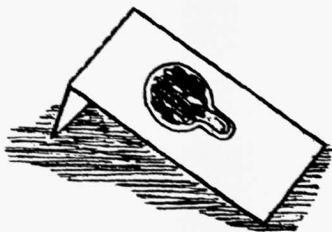


Sl. 3

Na površini udubljenja su impregnirani heparin lektin (phytohaemagglutinin). Heparin sprečava normalnu koagulaciju krvi, a lektin izaziva aglutinaciju leukocita i eritrocita. Krv se meša čačkalicom 30 sekundi (sl. 3) i malo se rotira, dok ne postane



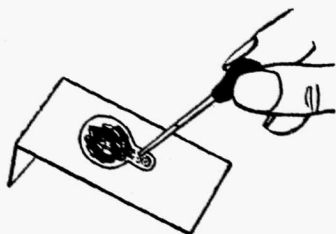
Sl. 4



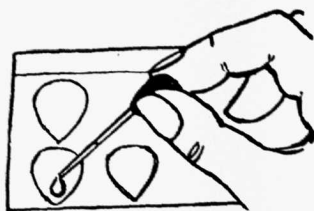
Sl. 5

vidljiva aglutinacija. Zatim se savije jedan kraj pločice (sl. 4) i ostavi da stoji skošena na ravnoj podlozi 1—2 minute, dok se plazma ne slije u produžetak udubljenja (sl. 5).

Graduiranom kapilarnom pipetom odvoji se 0,03 cc. plazme i prenese na Brewer-ovu dijagnostičku karticu, koja ima niz udubljenja za izvođenje više reakcija sa raznim uzorcima (sl. 6 i 7). Pored kapi plazme stavi se kap antigena (sl. 8) iz plastič-

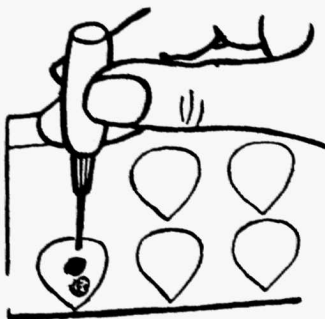


Sl. 6

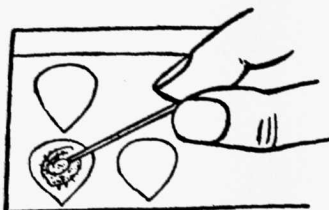


Sl. 7

ne bočice. Radi bolje vizuelizacije reakcije, antigen sadrži 0,2% suspenziju finih čestica drvenog uglja. Antigen i plazma se pomešaju čačkalicom, a zatim se kartica rukama naginje napred



Sl. 8



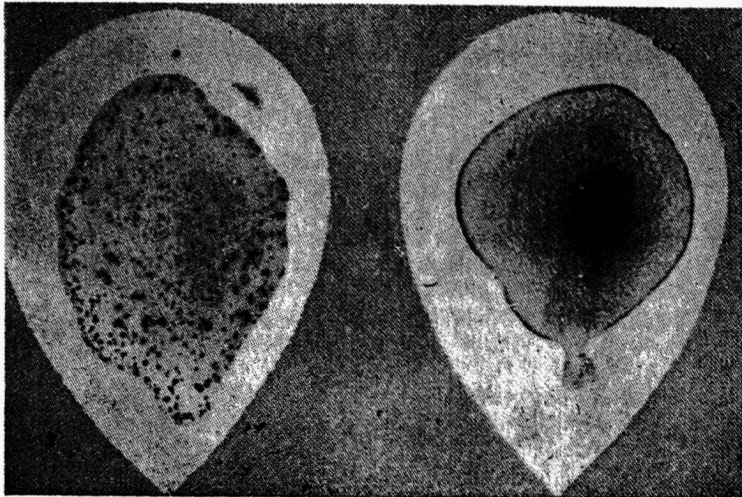
Sl. 9

ASIL  
i naz  
izmeš  
R  
tivna  
ne pc  
bro v  
ka iz

V  
manij  
nik n  
testa,  
antige  
ko is  
pojav  
konce  
aglut  
(VDR  
T  
nom  
enja  
serur  
U  
pokar  
i ose  
čenog  
ljenja  
lo re  
radni  
nje n

i nazad uz male rotacije da bi se obe komponente što bolje izmešale. Ovo se radi 4 minute.

Rezultat se čita golim okom, bez aglutinoskopa. Kao reaktivna se označava ona reakcija u koje je došlo do karakteristične pojave crnih čestica drvenog uglja. Ove su čestice jako dobro vidljive. Inače su one tako sitne da kod nereaktivnog uzorka izgledaju homogeno blede sive, kao oblak (sl. 10).



Sl. 10

Lijevo: reaktivno; desno: nereaktivno

Vreme potrebno za izvođenje testa iznosi 3—8 minuta, a sve manipulacije su tako pojednostavljene da svaki zdravstveni radnik može da ih obavlja posle vrlo kratke obuke. Posle izvođenja testa, sav se upotrebljeni materijal baca, osim plastične bočice s antigenom, tako da otpada naknadno pranje i sterilizacija. Kako ističe Portnoy<sup>2)</sup>, a i u našem materijalu smo primetili sličnu pojavu: aglutinacija čestica uglja je utoliko brža, što je veća koncentracija reagina. Mi smo opazili na našem materijalu da aglutinacija nastupa gotovo trenutno ako je titar veći od 1:16 (VDRL).

Test se izvodi na isti način i serumom dobijenim normalnom koagulacijom krvi u epruveti, samo je tada vreme izvođenja nešto duže, upravo za onoliko koliko je potrebno da se serum izdvoji.

Upoređenje rezultata dobijenih RPR-testom i VDRL-testom pokazuje da su oba testa identična u pogledu specifičnosti i osetljivosti. <sup>2)3)</sup> To se naročito odnosi na slučajeve nelečenog sifilisa. U bolesnika sa sumnjom na mogućnosti oboljenja (kontakti) bilo je 11% RPR-reaktivno, a samo 9% je imalo reaktivan VDRL test. Slične rezultate dobili su Portnoy, i saradnici <sup>2)3)5)</sup> kod grupe od 1802 pacijenta bez dijagnoze i sumnje na sifilis. RPR-test je bio reaktivan u 2% slučajeva, a VDRL

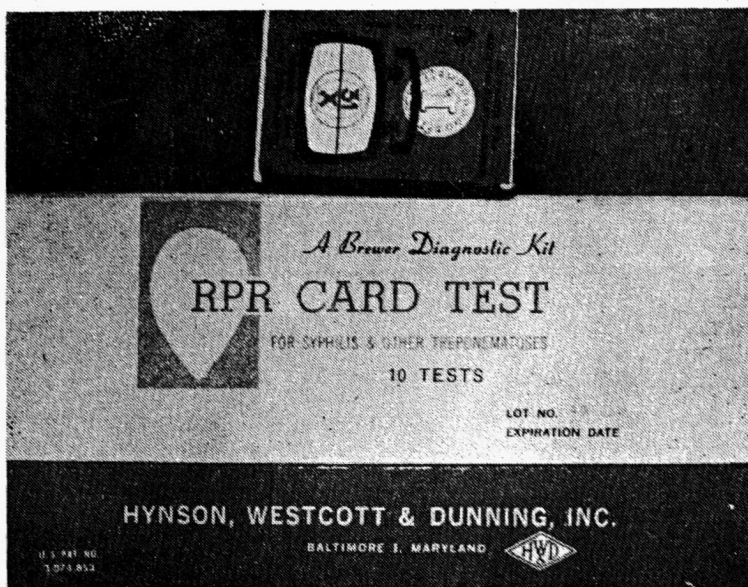
u 1%. Time je jasno uočljiva potencijalna vrednost RPR-testa kao detekcione metode za otkrivanje sifilisa. U našem materijalu kontrolisali smo rezultate dobijene RPR- testom sa 4 serološke reakcije (Kolmer, VDRL, MKR II i Cit-ochol). Nema razlike u rezultatima dobijenim sa Brewerovom pločicom ili serumom odvojenim u epruveti.\*

Pri izvođenju testa izgleda da je najvažnije striktno mešanje antigena i uzorka tačno 4 minute, koliko je propisano, jer kod slabo reaktivnih uzoraka reakcija postaje dovoljno uočljiva tek na kraju.

Ako ni posle 4 minute ne dođe do pojave aglutinacije, uzorak treba smatrati nereaktivnim.

Suspenzija antigena koja se upotrebljava zadržava stabilnost 4—6 nedelja na sobnoj temperaturi, a ako se drži u frižideru do 3 meseca. Celokupna oprema za izvođenje testa (lansete, kapilarne pipete, obe vrste Brewer-ovih kartica, antigen, itd.) dobija se u pakovanjima (sl. 11) i za 10, 100 ili 300 testova, koja zauzimaju minimalan prostor, a lako se mogu prenositi. Jedino su kapilarne pipete od stakla, a sav ostali materijal je nelomljiv. Zbog zgodnog pakovanja test se može izvoditi u bolesnikovom stanu pa ga patronažna sestra može primenjivati u svom radu. Ona može odmah na licu mesta da ispita epidemiološku situaciju.

Ovaj je test zbog jednostavne tehnike izvođenja pogodan za primenu i u ginekološkim ambulancama, stanicama za transfuziju krvi, vojnim jedinicama koje su udaljene od većih centara i brodovima duge plovidbe.



Sl. 11

\* Antigen i sav potreban materijal za izvođenje RPR-testa dostavila nam je firma Becton, Dickinson and Co. posredstvom dr J. Portnoy-a, na čemu im se zahvaljujemo.

Tab 1. — Usporedni rezultati seroloških reakcija

| OBOLJENJE             | Broj slučajeva | RPR TEST |           | VDRL    |               |           |
|-----------------------|----------------|----------|-----------|---------|---------------|-----------|
|                       |                | Reaktiv  | Nereaktiv | Reaktiv | Slabo reaktiv | Nereaktiv |
| Rani sifilis nelečen  | 15             | 14       | 1         | 13      | 1             | 1         |
| Kasni sifilis nelečen | 10             | 9        | 1         | 6       | 3             | 1         |
| lečen                 | 12             | 11       | 1         | 8       | 1             | 3         |
| Druga oboljenja       | 42             | 0        | 42        | 0       | 1             | 41        |
| Svega                 | 79             | 34       | 45        | 27      | 6             | 46        |

Iz tabele je vidljivo da RPR test ima istu osetljivost u otkrivanju reagina kao i VDRL test. U nekim slučajevima, kao kod kasnog amanifestnog sifilisa, u našem materijalu pokazao se kao osetljiviji, a u odnosu na ostala oboljenja neluetične etiologije, kao jednako osetljiv. Ova relativna razlika u odnosu na osetljivost i specifičnost, na koju je ukazao i Portnoy<sup>3)</sup>, možda je uslovljena kvalitativnim razlikama između plazme i seruma.

### Zaključak

Prikazana je metoda izvođenja rapid-plasma-reagin RPR testa, jednog brzog detekcionog testa za sifilis.

Metoda rada je jednostavna. Test može da se izvede za 3—8 minuta.

Upoređenje sa VDRL-testom pokazuje da RPR-test ima istu osetljivost i specifičnost.

Rezultati se čitaju bez aglutinoskopa.

Sav materijal potreban za izvođenje testa nalazi se upakovan u jednoj kutiji.

### S U M M A R Y

Dermatological Department, Hospital, Banja Luka

#### A RAPID SCREENING TEST FOR SYPHILIS

Aleksandar Vasiljević

The performance of RPR-Card test, a rapid screening test for syphilis, is described. The test is rapid and simple to perform.

The test can be run in 3—8 minutes.

Comparison with the VDRL-test has shown that the RPR-test has the same sensitivity and specificity.

The results are read without the use of agglutinoscope.

All materials for performing the test are included in a kit.

### L I T E R A T U R A

1. Wollenweber H. L.: Rapid plasma reagin Card test for syphilis, *Officet Pathology*, 1963.
2. Portnoy J.: A Rapid Field Method for the Diagnosis of syphilis, *Military Medicine*, Vol. 128, No. 5, 1963.

3. Portnoy, J., Brewer, J. H., and Harris, A.: Rapid plasma reagin card test for syphilis and other treponematoses, Pub. Health Rep. 77:645, 1962.
4. J. A. M. A 182:29, 1962.
5. Portnoy, J.: Modifications of the rapid plasma reagin (RPR) card test for syphilis, for use in large scale testing, The American Journal of Clinical Pathology, Vol. 40, No. 5, 1963.
6. Grin, E. I.: Simpozijum Svetske zdravstvene organizacije o kontrole veneričnih oboljenja, Narodno zdravlje, 11, 1963.
7. Monacelli, M.: Die Pathomorphosen in der Dermato-Venerologie, Der Hautarzt, 15:1, 1964.
8. Fuchs, G. H. P.: Vergleichende Untersuchungen über den Wert des »Lues-Schnelltest Behringwerke«, 12:5, 1961.

(*Bolnica za kožne i mikotične bolesti  
u Banjoj Luci*

*Sef: A. A. Vasiljević*)

Van  
porc  
Ban

Fran

EL  
zauzir  
atibi  
cija s  
se ipa  
uzrok

St  
kudni  
iasan  
baš z  
sasvin  
ne re  
mater

N  
rada  
već ra  
boljen

Z  
bolesr  
slučaj  
smo i  
da se  
većava  
cilnu

Tabela

Godine

Porod t

Porod s

Pc  
lutno  
ntere:  
vrijem

I  
lutno  
kog sr  
mijeti  
da bi  
održac  
rađalc  
1962. t

# Vanmaterična trudnoća na Ginekološko - porođajnom odjeljenju Opšte bolnice u Banjoj Luci u toku deset godina

Franjo Ćurić i Ljubidrag Šalvarica

Ektopična trudnoća (e. t.) u našoj nacionalnoj patologiji zauzima vidno mjesto i ne može se reći da je unatoč primjeni antibiotika i savršenijem operativnom tretmanu njena frekvencija smanjena. Naši su autori dosta pisali o tom problemu, ali se ipak nije došlo do iskristaliziranog mišljenja i stava ni o uzroku a ni o učestalosti ovog oboljenja.

Statistike kao i prikazi pojedinih autora su rezultirali iz oskudnih i malobrojnih slučajeva na osnovu čega se ne može dobiti iasan uvid u šaroliku sliku ovog urgentnog oboljenja. Često su baš zbog nedostatka broja slučajeva tvrdnje izvjesnih autora sasvim oprečne i kontradiktorne, te umnogome odskaču od jedne realne vrijednosti koja se prikazuje na većem i opsežnijem materijalu.

Naš referat ima za svrhu da prikaže analizu desetogodišnjeg rada Ginekološkog odjeljenja u Banjoj Luci kako bi skupa sa već ranije prikazanim analizama drugih odjeljenja doprinio što boljem i svestranijem upoznavanju naše nacionalne patologije.

Za vrijeme ovih 10 godina kroz odjeljenje je prošlo 46.645 bolesnica od kojega je broja 26.756 57.36% bio ginekoloških slučajeva, dok je 19.889 (42.71%) bilo akušerskih, među kojima smo imali 17.048 poroda, što iznosi 85.71%. Važno je napomenuti da se broj porođaja na ovom odjeljenju iz godine u godinu povećava, zbog čega smo primorani porodilje upućivati na domicilnu njegu već drugog ili trećeg dana.

Tabela 1.

| Godine      | 1953. | 1954. | 1955. | 1956. | 1957. | 1958. | 1959. | 1960. | 1961. | 1962. |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Porod boln. | 1277  | 1469  | 1661  | 1678  | 1640  | 1771  | 1770  | 1874  | 1935  | 1973  |
| Porod sreza | 11166 | 11710 | 10353 | 11203 | 9738  | 9978  | 10069 | 10472 | 9835  | 9957  |

Povećanje broja poroda u bolnici (tab. 1) ne znači apsolutno povećanje broja porodilja na srezu nego smo povećanje interesa trudnih žena za stručnom njegom i hospitalizacijom za vrijeme poroda.

I pored povećanja broja poroda na našem odjeljenju, apsolutno se primjećuje opadanje nataliteta na području banjalučkog sreza u toku zadnjih godina, što je također i Vrbanić primijetio (15). Godine 1954. na našem srezu je bilo 11710 poroda da bi se u 1957. taj broj smanjio na 9738 i približno isti omjer održao sve do 1962. god. Prema tab. br. 1. je u 1953. godini rađalo u bolnici 11.43% svih porodilja sa područja sreza dok je 1962. taj postotak iznosio 19.81% što pokazuje da još uvijek sko-



ro 80% žena rađa kod kuće manje-više bez stručne pomoći i u veoma nehigijenskim okolnostima. Danas se osjeća stalan na- predak u smislu rađanja u bolničkoj ustanovi, što govori da zdravstvena kultura sve više prodire među seosko stanovništvo i da je kontakt između sela i grada sve solidniji.

Pojedini autori iznose veoma različite omjere e. t. i poroda tako da skoro izgleda nevjerovatna nesrazmjera tih odnosa. (Sidorov 1:900, Novak 1:250, Soisson 1:176.8). Ako pogledamo odnose naših autora, vidimo da su isti mnogo niži i ujednačeniji (Finderle 1:73.9, Gikić 1:50, Zečević 1:27, Bravarski 1:24). Na našem se materijalu taj odnos iz godine u godinu mijenjao što se vidi iz tabele br. 2. gdje je ta proporcija prikazana u desetogodišnjem intervalu. Najniži smo omjer imali 1956. godine 1:28.9 (3.46%), dok smo najviši imali 1960. sa 1:17.8 (5.50%) a kao normalna se pojava smatra 1—2% e. t. u odnosu na broj poroda.

Tabela br. 2.

| Godine   | 1953. | 1954. | 1955. | 1956. | 1957. | 1958. | 1959. | 1960. | 1961. | 1962. | Svega |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Porod    | 1277  | 1469  | 1661  | 1678  | 1640  | 1771  | 1770  | 1874  | 1935  | 1973  | 17048 |
| E. T.    | 52    | 80    | 71    | 58    | 77    | 95    | 80    | 105   | 107   | 102   | 827   |
| %        | 4.07  | 5.44  | 4.27  | 3.46  | 4.69  | 5.36  | 4.52  | 5.60  | 5.52  | 5.22  | 4.85  |
| Br. bol. | 3524  | 3953  | 4245  | 4530  | 4980  | 5133  | 4640  | 4779  | 5328  | 5633  | 46645 |
| % E. T.  | 1.47  | 2.02  | 1.67  | 1.28  | 1.54  | 1.85  | 1.72  | 2.19  | 2.00  | 1.84  | 1.77  |

Ako uzmemo sumarni prikaz kroz ovih 10 godina, dobijamo jedan slučaj e. t. na 20.6 poroda (4.85%) što svakako predstavlja veoma visok procenat u odnosu na dosadašnje publicirane statističke podatke. Naši podaci upoređeni s podacima naših autora pokazuju da jedna skupina ima približno slične omjere (Zečević 3.7%, Bravarski 4.1%, Klinika Sarajevo 4.53%), dok u drugoj skupini nailazimo na znatno niže procenat (Kusovac 2.9%, Klinika Beograd 2.15%, Gikić 2%, Finderle 1.4%). U poređenju sa stranim autorima dobivaju se još niži procenti koji izgledaju upravo nevjerovatno (Novak Eastman 0.4%, Beacham 0.7%, Lucio 3%). Izgleda čudnovato da su oboljenja u naših žena, bilo u vezi s infekcijom ili anomalijom uslijed anatomskih promjena, tako česta pojava da bi uvjetovala ovako visoki procenat e. t. No ovaj utisak je samo relativan, a naš ovako visoki postotak može se protumačiti činjenicom da na području banjalučkog sreza 80% žena rađa kod kuće, a samo 20% u bolnici, te dok se svaka e. t. evidentira i hospitalizira u našoj ustanovi, dotle nam porodi obavljani kod kuće ostaju skriveni i neprikazani u našem omjeru, te nas zato i dovode u zabludu sa ovako visokom procentom. Ako bismo sada uzeli odnos svih poroda sa područja sreza prema broju e. t., tad dobivamo omjere približno iste sa omjerima stranih autora. U periodu od 1953—1962. na području ovog sreza bio je 104.881 porod koji prema broju e. t. u istom periodu stvara procenat 0.79% ili 1:126.8 poroda što predstavlja realan omjer u odnosu na strane autore.

Možda bi se mogla dobiti jasnija slika ovog odnosa ako bi Centralni statistički zavod publicirao podatke gdje bi odnos e. t. i broja poroda imao obilježje čisto nacionalne a ne pokrajinske patologije.

Mno  
povećan  
nost s  
propisa  
jasno is  
se vidi i

Tabela br.

Godine

Abortus

E. T.

%

Ako  
mo da  
9.33%, d  
vergentr  
istoj vis  
odnos ko  
1 e. t. c  
Dok ko  
sobnim  
nailazim  
maćih t  
trudnoće  
jalni ut  
približno  
tusa i e  
autori iz  
filističk  
Odn

Tabela br.

Godine

Bez por.

1 por.

2 por.

3 por.

4 por.

5 por.

preko 5

Pro  
smo 16  
poda,  
cifre su  
rodila 2  
riteta.

Ana  
neočeki  
imale 1  
pet i 1  
lesnicu  
pobačaj

Mnogi su autori (9) u svojim radnjama prikazali relativno povećanje broja slučajeva e. t. i kao uzrok naveli usku povezanost s brojem učinjenih pobačaja i liberalizacijom zakonskih propisa za artifičijelni prekid trudnoće. I na našem se materijalu jasno ispoljava povećanje broja pobačaja iz godine u godinu što se vidi iz tabele br. 3.

Tabela br. 3.

| Godine  | 1953. | 1954. | 1955. | 1956. | 1957. | 1958. | 1959. | 1960. | 1961. | 1962. | Svega |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Abortus | 767   | 868   | 761   | 876   | 1320  | 1493  | 1581  | 1514  | 1592  | 1800  | 12572 |
| E. T.   | 52    | 80    | 71    | 58    | 77    | 95    | 80    | 105   | 107   | 102   | 827   |
| %       | 6.78  | 9.22  | 9.33  | 6.62  | 5.83  | 6.36  | 5.06  | 6.93  | 6.72  | 5.66  | 6.57  |

Ako sad uzmemo u analizu odnos e. t. i broj pobačaja, vidimo da je e. t. bila najviše zastupljena 1954. i 1955. sa 9.22% i 9.33%, dok se zadnjih godina u analiziranom periodu uočava divergentnost brojki time, što se broj e. t. održava na približno istoj visini, dok se broj prekida trudnoće osjetno penje. Ako ovaj odnos kompariramo s drugim našim autorima, vidimo kod nas na 1 e. t. dolazi 19.9 pobačaja dok kod Zečevića 1:19, Gikića 1:12. Dok kod odnosa poroda i e. t. vidimo velike razlike u međusobnim statističkim prikazima, dotle u odnosu abortusa i e. t. nailazimo na približno ujednačene omjere svih autora, kako domaćih tako i stranih. Iako u zapadnim zemljama prekidanje trudnoće stoji pod jakim nadzorom države s obzirom na specijalni utjecaj religije, ipak je i tamo odnos pobačaja i e. t. približno iste vrijednosti (Watson 1:10.4). Uska povezanost abortusa i e. t. je van svake sumnje neosporna, što su već i raniji autori iznosili i što osobito treba naglasiti u preventivnim i profilaktičkim mjerama.

Odnos e. t. prema paritetu u naših bolesnica

Tabela br. 4.

| Godine   | 1953. | 1954. | 1955. | 1956. | 1957. | 1958. | 1959. | 1960. | 1961. | 1962. | svega | %    |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Bez por. | 6     | 14    | 12    | 8     | 8     | 17    | 13    | 15    | 18    | 22    | 133   | 16   |
| 1 por.   | 10    | 15    | 17    | 15    | 32    | 29    | 16    | 28    | 26    | 30    | 218   | 26.4 |
| 2 por.   | 17    | 14    | 11    | 16    | 15    | 22    | 18    | 24    | 25    | 22    | 184   | 22.2 |
| 3 por.   | 7     | 20    | 10    | 7     | 12    | 16    | 15    | 17    | 14    | 16    | 134   | 16.3 |
| 4 por.   | 6     | 9     | 8     | 3     | 2     | 2     | 6     | 8     | 12    | 2     | 58    | 7.0  |
| 5 por.   | 1     | 3     | 4     | 2     | 2     | 4     | 8     | 7     | 5     | 5     | 41    | 5.0  |
| preko 5  | 5     | 5     | 9     | 7     | 6     | 5     | 4     | 6     | 7     | 5     | 59    | 7.1  |

Promatrajući ovu tabelu, uočavamo interesantnu pojavu da smo 16% odnosno 133 bolesnice od ukupno 827 e. t. nije imalo poroda, dok su sve ostale rađale jednom i više puta. Ako ove cifre sumiramo, vidimo da je u prosjeku svaka naša bolesnica rodila 2.2 puta što bi predstavljao skoro normalan indeks pariteta.

Analizirajući broj pobačaja naših bolesnica, dobivamo malo neočekivan prikaz jer 62.4% nije uopće imalo pobačaj, 24% su imale 1 pobačaj, 7.9% dva, 2.6% tri pobačaja, 1.09% četiri, 0.2% pet i 1.4% preko pet pobačaja, tako da na svaku našu bolesnicu u prosjeku otpada 0.6 pobačaja, dakle niti jedan potpun pobačaj. Svakako da nas ovo nuka da potražimo drugu etiolo-

šku komponentu na našem materijalu, a ujedno i to, da anamnestičke podatke naših bolesnica moramo uzeti s rezervom s obzirom da mnoge od njih, osobito neudate, prikrivaju svoju ginekološku prošlost. Interesantno bi bilo vidjeti omjere abortusa kao i broja poroda u bolesnica sa e. t. s drugih odjeljenja i tako doći do jednog određenijeg stava u pogledu prioriteta abortusa kao primarnog uzroka e. t.

### Starost bolesnica

Većina se autora slažu da se e. t. najčešće nalazi između 25—30 godine. Na našem materijalu bolesnice tih godina su zastupljene u 64%. Međutim, u nas se primjećuje prilično visok procenat pacijenata sa starošću između 35—40 god. a koji iznosi 21.7% te s onih 64% sačinjava 85.7%, što je znak da u našem kraju nisu rijetke žene koje rađaju sa 40 godina. Dapače primjećujemo da i žene preko 40 godina bilježe postotak od 4.3%. Na bolesnice od 20 do 25 god. otpada 10.1% a na bolesnice ispod 20 god. samo 0.8%. Ovakav prikaz životne dobi naših pacijenata sa e. t. navodi na ideju da je većina tih bolesnica, koje se inače rano udaju, već do te dobi rodila dvoje i više djece, nakon čega je došlo do postpartalnih infekcija koje su onda sa svoje strane uvjetovale stvaranje e. t. u slijedećem graviditetu.

Tabela br. 5.

| Godine    | 1953. | 1954. | 1955. | 1956. | 1957. | 1958. | 1959. | 1960. | 1961. | 1962. | svoga | %    |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| — 20 god. | 2     |       | 1     |       |       |       | 1     | 1     | 2     | 11    | 7     | 0.8  |
| 20—25 g.  | 1     | 8     | 10    | 5     | 8     | 10    | 6     | 13    | 11    | 11    | 83    | 10.2 |
| 25—30 g.  | 14    | 22    | 21    | 12    | 21    | 34    | 20    | 27    | 35    | 25    | 231   | 27.9 |
| 30—35 g.  | 25    | 35    | 15    | 24    | 22    | 35    | 30    | 38    | 29    | 37    | 290   | 35.1 |
| 35—40 g.  | 7     | 12    | 16    | 15    | 24    | 15    | 21    | 24    | 23    | 23    | 180   | 21.7 |
| + 40 god. | 3     | 3     | 8     | 2     | 2     | 1     | 2     | 2     | 7     | 6     | 36    | 4.3  |

Naši slučajevi potvrđuju stanovište Labhardta, a i nekih naših autora, (4) da gonoroična infekcija u nas nema jačeg udjela u etiologiji e. t. nego baš oni drugi faktori vezani za porod a manje za abortus (puerperalna infekcija) stoje na prvom mjestu, a za njom slijedi gonoreja, smetnje u evoluciji jajašca kao i njegovom transportu, te konačno kongenitalne anomalije. Možda se ne bi smjela zanemariti ni tuberkulozna etiologija u pojavi e. t. za što na našem materijalu nedostaju uvjerljivi dokazi. Neki autori (Freeth, Nelson, Neuman) smatraju da 20% ukupnog broja slučajeva e. t. vodi porijeklo od uspješno liječene tuberkuloze upale adneksa.

### Dijagnostika

Naših 827 bolesnica se zadržalo na odjeljenju 10053 dana što u prosjeku iznosi 12.1 dan po bolesnici (Klinika Beograd 13.9 dana). Ako od ove cifre odbijemo vrijeme opservacije, tad dobijemo postoperativno zadržavanje bolesnice na odjeljenju a što iznosi 10.2 dana. Inače vrijeme opservacije kod nas traje

prosjec  
pogotc  
odmah  
24 sat  
su ob  
kati si  
denim  
marno  
18.91%  
a da r

bela  
Godine  
E. T.  
Lež. dan  
Prosjek  
Ops. d  
Prosjek

M  
nju za  
i da b  
još viš  
ci, te  
sumnj  
o s  
t. u ve  
rjeđim  
svih n  
jalu p  
slučaj  
rorrha  
myom  
ritonit  
ukupn  
nika I  
Dc  
sredst  
cije ni  
navlja  
tačno  
postup  
znako  
ze pre  
stijenl  
i on s  
poruču  
dijagn  
nosti

prosječno 1.86 dana što se ne može smatrati kao osobito dugo, pogotovo ako se uzme u obzir da je 32.4% bolesnica operirano odmah po primitku na odjeljenje, a drugih 35.79% u toku prva 24 sata, što iznosi 68.19%. Preostalih 31.81% su bolesnice koje su obzirom da se nije radilo o akutnom stanju, mogle pričekati sutrašnji dan, a tih je bilo 12,9%, što sa onim ranije navedenim iznosi 81.09%, a to ujedno i predstavlja bolesnice s primarno ispravno postavljenom dijagnozom. Ostale bolesnice 18.91% su one koje su se zadržale na odjeljenju duže od 48 sati a da nisu bile operirane.

Tabela br. 6.

| Godine   | 1953. | 1954. | 1955. | 1956. | 1957. | 1958. | 1959. | 1960. | 1961. | 1962. | Svega |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| E. T.    | 52    | 80    | 71    | 58    | 77    | 95    | 80    | 105   | 107   | 102   | 827   |
| Lež. dan | 714   | 1144  | 745   | 667   | 933   | 1164  | 896   | 1103  | 1417  | 1274  | 10057 |
| Prosjek  | 13.7  | 14.3  | 10.5  | 11.5  | 12.1  | 12.2  | 11.2  | 10.5  | 13.2  | 12.4  | 12.1  |
| Ops. dan | 144   | 254   | 128   | 110   | 179   | 148   | 97    | 123   | 218   | 142   | 1543  |
| Prosjek  | 2.8   | 3.0   | 1.8   | 1.9   | 2.3   | 1.5   | 1.0   | 1.1   | 2.0   | 1.4   | 1.8   |

Među tim bolesnicama smo imali jednu koja se na odjeljenju zadržala preko 30 dana da bi se došlo do ispravne dijagnoze i da bi se konačno privela operativnom zahvatu. Ovo nas samo još više utvrđuje u mišljenju da unatoč negativnoj kliničkoj slici, te čak i negativnoj Douglas-punkciji, ne smijemo izvjesne sumnjive slučajeve olako shvatiti i otpustiti kući prije nego što smo sigurni da je e. t. 100% isključena. Mada nam dijagnoza e. t. u većini slučajeva ne zadaje veće brige, to se ipak u izvjesnim rjeđim prilikama ona uporno sakriva i kamuflira pod vidom svih mogućih drugih oboljenja. Tako smo mi na našem materijalu pogrešnim dijagnozama kao normalni graviditet tretirali 4 slučaja, ko ab. imminens seu incipiens 37 slučajeva, kao metrorrhagia functionalis 38, kao cysta ovarialis 12 slučajeva, kao myoma uteri 5, kao tumor adnexorum 54 slučaja, kao pelveoperitonitis 2. te još pod drugim dijagnozama 14 slučajeva, što sve ukupno čini 247 pogrešnih dijagnoza (29,8%), (Nelson 24%, Klinika Beograd 13.4%).

Douglas-punkcija nam je služila kao uobičajeno pomoćno sredstvo dijagnostike, ali se desilo ponekad da i prilikom punkcije nismo dobili potvrdu našoj dijagnozi, te čak i više puta ponavljena punkcija nije nam razjasnila situaciju, dok nas konačno akutna klinička slika rupture tube ne prisili na najhitniji postupak. I drugi su autori opisali slučajeve e. t. bez ikakvih znakova (Bergmann). Neki pak da bi sigurnije došli do dijagnoze preporučuju punkciju abdominalne šupljine preko trbušne stijenke, jer na taj način ima mnogo manje negativnih rezultata i on se ne smatra opasnim (Carlos A. F. Luna). Drugi pak preporučuju HSG u svrhu potvrđivanja e. t. Za postavljanje tačne dijagnoze nikad nije na odmet napomenuti od kolike je vrijednosti uzimanje dobre anamneze u otkrivanju e. t.

Što se tiče lokalizacije e. t. na našem smo materijalu imali tubarni graviditet u 817 slučajeva i to ruptura tubae 183 puta, ab. tubarius 249 puta, mola tubaria 385 puta, dok smo u 10 slučajeva imali abdominalnu trudnoću, za čiji identitet u 9 slučajeva nije tražen patohistološki nalaz, dok je u jednom, koji je poslan, potvrđena histološka dg. kao: Graviditas ovarialis superficialis.

Analizirajući socijalni status naših bolesnika, može se ustanoviti da pretežnu većinu naših bolesnica sačinjavaju žene seoskog stanovništva i to u 60% slučajeva, dok su u 40% zastupljene bolesnice sa gradskog područja. Mi smo pokušali podijeliti seosko stanovništvo na ono iz brdskih krajeva sa više očuvanim patrijarhalnim stavom u pogledu rađanja i povećanja porodice i na ono iz ravničarskih krajeva (Posavina, Semberija), gdje je oduvijek u pogledu pobačaja i »Ein Kinder-system-a« vladao tolerantan duh, kako bismo dobili neku podršku u prilog abortusu kao primarnom uzroku e. t. No naše bolesnice iz ravničarskih krajeva bile su zastupljene tek sa 15.1%, dok su baš one iz brdskih krajeva sačinjavale 44.8%, te zato nije čudno što je 7.1% naših bolesnica rodilo više od pet puta. S obzirom na zanimanje vidimo da 44.9% sačinjavaju domaćice (među kojima je veliki broj sa sela), 41.1% težakinje, 7.1% radnice i 6.9% službenice. Baš ovakav sastav bolesnica je onaj koji nas navodi da uzrok e. t. tražimo na drugoj strani, a ne samo na gonoroičnoj infekciji i na bazi pobačaja. U brdskim zaostalim krajevima našeg sreza abortus još nije stekao svoje »građansko pravo« kao što je to slučaj među gradskim življem, ali se baš iz ovih predjela regrutira onih 80% žena koje rađaju kod kuća bez ikakve stručne pomoći, i pod strogo arhaičnim uslovima uvriježenim i nepromijenjenim stoljećima. Iz ovih brdskih krajeva dolaze porodilje sa zanemarenim poprečnim položajima, sa rupturama uterusa, sa puerperalnim sepsama što ne iznenađuje kad se poznaju uslovi pod kojima te žene rađaju (u polju, u šumi, u štalama itd.) kao i okolnosti pod kojima te iste žene već drugog ili trećeg dana nakon poroda obavljaju i rade sve domaće poslove. Upravo ovdje u ovakvom stanju leži uzrok povećanom broju e. t. naših bolesnica.

Interesantno je prikazati omjer broja operiranih od e. t. prema broju svih operiranih bolesnica na odjeljenju.

Tabela br. 7.

| Godine   | 1953. | 1954. | 1955. | 1956. | 1957. | 1958. | 1959. | 1960. | 1961. | 1962. | Svega |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Br. op.  | 276   | 376   | 409   | 467   | 555   | 511   | 349   | 349   | 445   | 387   | 4024  |
| E. T.    | 52    | 80    | 71    | 58    | 77    | 95    | 80    | 105   | 107   | 102   | 827   |
| %        | 18.84 | 21.27 | 17.35 | 12.42 | 13.87 | 18.59 | 22.92 | 30.08 | 24.04 | 26.35 | 20.50 |
| Br. lap. | 169   | 197   | 193   | 213   | 216   | 368   | 167   | 275   | 338   | 306   | 2442  |
| %        | 30.76 | 40.60 | 36.78 | 27.23 | 35.64 | 25.81 | 47.92 | 38.18 | 31.65 | 33.33 | 33.86 |

Ovaj odnos je različit u raznih autora već prema tome da li je odjeljenje sklonu više operativnim intervencijama ili je više konzervativno. U toku ovih 10 godina imali smo 2442 laparatomije i 1581 vaginalnu operaciju. Prema tome ako uzmemo u obzir sve operativne intervencije, ispada da na svakih 4.8 zahvata dolazi 1 e. t. (33.86%). Dakle prema našem operativnom ma-

terijalu operativni omjer 1 20.98%, ki, dok odoskaću derle 4% e. t. rjeđativna

Sad tako vis Kostić je nut zbog 1900 kac kod nas dinamama 7, a što :

Na činjenicu e. t. kod je baš ž kim pos mišljenj Ovdje b Novića, je, da s civilizov vođenja težnjom i aval

Prer u toku 1.77% ( zadnje nosu na 1961 god gih auto zimo na

Ope

Već bolesnic ziji 39 oblikom bi bili i izražene lutnog kom at u endo ne upot Za mija li u 29 slt

1 imali  
3 puta,  
10 slu-  
sluča-  
koji je  
super-

e usta-  
ne seo-  
zastup-  
djeliti  
vanim  
prodice

gdi-  
kao  
abor-  
vničar-  
one iz

e 7.1%  
anima-  
je ve-

službe-  
odi da

roičnoj  
na na-  
kao

ih pre-  
ikakve  
enim i

ze  
urama  
se po-

u šta-  
drugog  
će po-  
ćanom

t. pre-

Svega  
4024  
827  
20.  
2442  
33.86

e da li  
e više  
arato-  
mo u  
zahva-

n ma-

terijalu se vidi znatna učestalost e. t. u odnosu na svu ostalu operativnu kazuistiku. Međutim u drugih naših autora taj je omjer nešto različit. (Zečević 21%, Fotić 16.5%, Bravarski 20.98%, Breyer 24.3%). U ovoj grupi su omjeri približno jednaki, dok u drugoj skupini nailazimo na odnose koji manje-više odskauću od ovih napred izloženih, (Klinika Beograd 13.9%, FINDERLE 4%) što bi govorilo u prilog tome, da su u tim krajevima e. t. rjeđe zastupljene, ili se pak znatno češće primjenjuje operativna terapija.

Sad se postavlja pitanje, odakle na našem materijalu tako visoki omjer e. t. (33.8%) prema broju laparatomiranih. Kostić je u svome referatu na II kongresu ginekologa bio zabrinut zbog tako visokog omjera samo u pojedinim godinama kao 1947. kad je imao 36%, te 1948. sa 48.7% i 1949. god. 42.4%, dok kod nas desetogodišnji prosjek iznosi 33.8%, a u pojedinim godinama dopire čak do 47.92% kao 1959. što se vidi iz tabele br. 7, a što znači da je skoro svaka druga laparatomija bila e. t.

Na II kongresu ginekologa Nović je u svome referatu iznio činjenicu da je broj e. t. minimalno zastupljen svega 4.5% svih e. t. kod tzv. kolonista doseljenika iz Bosne i Hercegovine, a to je baš živalj djelomično i iz ovih krajeva, koji baš ovako visokim postotkom e. t. na našem materijalu opovrgava eventualno mišljenje o možda postojećoj manjoj inklinaciji prema e. t. Ovdje bi se moglo naći rješenje koje bi zadovoljilo tvrđenje Novića, a ujedno podržalo naš stav u pogledu uzroka e. t., a taj je, da su doseljenici iz naših krajeva, doselivši se u kulturniju i civilizovaniju sredinu, poprimili navike stručnog i higijenskog vođenja poroda te sredine i spojili je s prirodnom nagonском težnjom nekontrolirane trudnoće, čime su smanjili pojavu e. t. i očuvali dominaciju mnogobrojne porodice.

Prema broju hospitaliziranih bolesnica kojih je kod nas bilo u toku ovih 10 godina 46645 vidimo da je e. t. zastupljena sa 1.77% (Klinika Beograd 1.83%, Klinika Ljubljana 1.1%). U zadnje tri godine primjećuje se povećanje postotka e. t. u odnosu na broj primljenih pacijenata, tako da 1960. imamo 2.19%, 1961 god 2% i 1962. 1.84% a što se primjećuje i sa strane drugih autora (7). Inače i u ranijim publikacijama također nailazimo na približno iste odnose (Bravarski 1.87%).

### *Operativni postupak*

Većina naših bolesnica je operirana u eter narkozi i to 646 bolesnice (78.1%), 142 (17.1%) su operirane u lumbalnoj anesteziji, 39 bolesnica (4.2%) u kemital i. v. narkozi. Ni sa jednim oblikom narkoze nismo imali po život opasnih posljedica, iako bi bili najmanje skloni intravenoznoj kemital narkozi kako zbog izražene anemije naših bolesnica, tako i zbog nepostizanja apsolutnog mira u trbušnoj duplji koji je bezuvjetno potreban svakom abdominalnom zahvatu. Danas se skoro sve e. t. operiraju u endotrahealnoj eter narkozi, dok se ostale vrste anestezije ne upotrebljavaju.

Za vrijeme operativnog zahvata učinjeno je 286 salpingektomija lijevo, a 336 desno. Obostrane salpingektomije su izvršene u 29 slučajeva, dok su adneksotomije kako s lijeve tako i s desne

strane učinjene 96 puta. Bilateralna ekstirpacija adneksa je obavljena samo tri puta. U smislu konzervativno operativne tehnike izvedeno je 15 tubarnih resekcija i 45 salpingoneostomija. Zbog promjena na ovarijumu izvršeno je 59 resekcija jajnika. Sterilizacija preostale tube je učinjena na način Madlenera 39 puta a apendektomija kod lakših kliničkih slika je izvršena 362 puta većinom na način invaginacije. Osim ovih intervencija izvedeno je još 13 drugih zahvata (enucleatio myomatis, defundatio s. Beutner, itd.).

Mislimo da konzervativno operativne metode u svrhu očuvanja fertilitetne sposobnosti ne treba raditi sistematski, nego se treba ravnati prema nalazu na adneksama i samo na izričiti zahtjev bolesnice.

Neki su autori veoma zadovoljni postignutim konzervativnim metodama, mada je daleko vrijeme kad će taj trud biti okrunjen sigurnim uspjehom. Nizak postotak recidiva od 2.1% kao i održana prohodnost tube u 78.7% (Škulj) s obzirom na kratkoću vremena može biti relativna garancija da je na putu sigurnog uspjeha. Neki autori smatraju da se postižu mnogo bolji funkcionalni rezultati konzervativno operativnim metodama, ako se anastomoze ampulo-uterine prave u kasnijem periodu, a za vrijeme prve operacije potrebno je zadovoljiti se samo resekcijom i podvezivanjem oba kraja tube (Palmer). U svakom slučaju frekvencija recidiva, koji se kreću i do 25% (Burger), navode nas, da prije operacije, ako je to moguće, stvar dobro razmotrimo sa samim pacijentom i dobijemo njegovu suglasnost (Funck-Brentano). Inače možemo napomenuti da su veoma rijetke bolesnice koje pristaju na konzervativne operativne metode ako im se odmah predoči da, uprkos provedene operacije, mogućnost recidiva nije isključena. Na našem materijalu smo imali 33 slučaja ponovljene e. t. što procentualno iznosi 3.98% (Zečević 1.6%).

Postoperativni tok je u većini slučajeva prošao bez gotovo ikakvih komplikacija. Resorptivne febricule su se pojavljivale drugog-trećeg dana nakon operacije i većinom su i bez terapije same po sebi nestajale. Njih smo imali 256 puta ili u 30.9 postotaka.

Pod resorptivom febrikulom smo ubrajali stanje bolesnice s temperaturom preko 37.5°. Među postoperativnim komplikacijama smo imali 7 slučajeva pneumonije, koje su kao zdrave, odnosno oporavljene, sa nešto dužim boravkom u bolnici napustile ovo odjeljenje. Od postoperativnog peritonitisa oboljela je jedna bolesnica, te od atoničnog ileusa također jedna bolesnica. Od raznih drugih sekundarnih infekcija oboljelo je 10 žena, koje su veoma dobro reagirale na uobičajenu terapiju i kao zdrave otpuštene kućama. Od ukupnog broja liječenih bolesnica imali smo 4 smrtna slučaja, od kojih je jedan (m. br. 1479/62) bio »mors in tabula«, jer je zatajio kardiovaskularni sistem. Dva smo smrtna slučaja imali zbog embolije (m. br. 537/53 i m. br. 6775/56). Kod četvrte bolesnice (m. br. 1100/58) koja je treći dan nakon operacije umrla obdukcijom je nađena kronična upala bubrega sa znakovima početnog peritonitisa. Dakle od 827 operiranih pacijenata imali smo četiri smrtna slučaja, što procentualno iznosi

0.48% te niskim i 0.47%. Kao ni autor smatrati gao biti transfuzi cjelokup kroz naš mo prib

Naš: m. on patologi taj nači ginekolc šnost m vrijeme validitet tet bole vezi s t.

U o nesumn dicama odnosin

Upo loških i tam«, i »stitutu ljelog c

Jasi pogotov zaostalc stih inf i za vri

1. Armst
2. Finde
3. Funck
4. Gikić
5. Koller
6. Kusov
7. Kostić
8. Miloš
9. Miloš
10. Nović
11. Soisse
12. Speer
13. Stoec
14. Skulj
15. Vrbaz
16. Zečev

0.48% te se ovo odjeljenje može uvrstiti među ona sa relativno niskim procentom mortaliteta (Zečević 3.02%, Kikić 1.2%, Nović 0.47%, Kostić 0.4%, Finderle 0%, Szabo 0%). Kao što vidimo, razni autori imaju različite procenete smrtnosti, što se ne bi moglo smatrati nekom operativno slabijom tehnikom, nego bi to mogao biti više odraz tehničko laboratorijske spremnosti kao i transfuzione sposobnosti sama odjeljenja. Ako uzmemo u obzir cjelokupan broj bolesnika koji su u naznačenom periodu prošli kroz naše odjeljenje, tad nam mortalitet iznosi 0.008% čime imamo približno procenat kao beogradska klinika sa svojih 0.0063%.

### Zaključak

Naša zapažanja pomažu boljem osvjetljavanju ovog problema i omogućuju detaljnije upotpunjavanje slike naše nacionalne patologije, na osnovu čega se mogu poduzeti izvjesne mjere i na taj način barem djelomično umanjiti frekvenciju ove urgentne ginekološke bolesti. Ne smijemo se osloniti na efektivnost i uspješnost modernog operativnog tretmana, čija je smrtnost u zadnje vrijeme ispod 1%, jer unatoč tome bolest dovodi do izvjesnog invaliditeta, a u svakom slučaju narušava fizički i mentalni integritet bolesnice, a da ne govorimo o troškovima kojima se izlaže u vezi s time pojedinac ili zajednica.

U ovom se prikazu primjećuje povećanje postotka e. t. što nesumnjivo pokazuje usku povezanost u našem slučaju s posljedicama nestručno vođenih poroda po našim selima, a u drugim odnosima s povećanim brojem izvršenih pobačaja.

Upotreba antibiotika unatoč saniranju inflamatornih patoloških promjena i veoma dobrog konačnog efekta »quo ad vitam«, ipak u pato-anatomskom smislu ne dovodi do potpune »restitutio ad integrum« i do stoprocentene funkcionalnosti oboljelog organa, te su stoga i zabilježeni povećani slučajevi e. t.

Jasno se vidi da najveći broj bolesnica dolazi sa sela i to pogotovo iz brdskih krajeva, što je neosporno posljedica velike zaostalosti i nepoznavanja higijenskih navika, te u vezi s tim i čestih inflamatornih procesa, koji nastaju za vrijeme poroda kao i za vrijeme peurperijuma.

### L I T E R A T U R A

- |                      |  |
|----------------------|--|
| 1. Armstrong J. T.   | Jour. of Obst. and Gyn., II, 364. 1959. g.     |
| 2. Finderle V.       | Liječ. vjesnik, 4, 118, 1953. g.               |
| 3. Funck-Brentano P. | Bull. d. Gyn. Obst., 5, 518, 1961. g.          |
| 4. Gikić Đ.          | I Gin. akuš. nedelja, str. 131. 1956. g.       |
| 5. Koller Th.        | Lehrbuch der Gyn., str. 411. 1953. g.          |
| 6. Kusovac D.        | Zbornik radova III kongres, str. 209,          |
| 7. Kostić P.         | III Gin. akuš. nedelja, str. 67. 1958. g.      |
| 8. Milojković A.     | Med. arhiv, 5, 119, 1955. g.                   |
| 9. Milošević B.      | VI Gin. akuš. nedelja, str. 65. 1961. g.       |
| 10. Nović B.         | Zbornik radova IV kongresa, str. 67.           |
| 11. Solsson F. L.    | A. Journ. of Obst. a. Gyn. II, 352, 1959. g.   |
| 12. Speer, H.        | A. Journ. of Obst. a. Gyn. III, 491, 1598. g.  |
| 13. Stoeckel W.      | Lehrbuch der Geb., str. 697, 1945. g.          |
| 14. Škulj V.         | Zbornik radova IV kongresa G. O. J., str. 225. |
| 15. Vrbanić D.       | Liječ. vjesnik, XII, 977. 1954. g.             |
| 16. Zečević N.       | Med. arhiv, 4, 51, 1954. g.                    |



## R E S U M É

Service de gynécologie et obstétrice, Hôpital général, Banja Luka  
 LA GROSSESSE EXTRAUTÉRINE  
 DIX ANS DANS LA SERVICE DE GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRICE  
 L' HOPITAL GÉNÉRAL DE BANJA LUKA  
 F. Curić et Lj. Salvarica

Les auteurs analysent 827 cas des grossesses extrautérines pour une période de 10 ans depuis le mois janvier 1952. jusqu'à le fin de l'année 1962. dans le service de gynécologie de l'hôpital de Banja Luka.

Durant cette période 46645 malades furent hospitalisées parmi celles-ci 19889 des accouchées. 1.78% présentaient une grossesse ectopique. Sur 827 cas de g. e. les auteurs on noté 4 cas de décès soit 0.48%.

Il est d'intérêt que plus grande partie de g. e. est venue de villages montagneuses, 45%, 15% de villages panonniens et 40% sont des habitants de la ville. Parmi cette 827 g. e. 10 cas avaient le siège abdominale et seulement une était histologiquement reconnues comme: la grossesse ovarienne superficielle. La rupture tubaire ils ont noté dans 183 cas, l'avortement tubaire dans 634 cas. La récurrence était dans 3.98%.

Quant à l'étiologie de la grossesse extrautérine ils donnent la priorité à l'infection des organes génitaux pendant des accouchements aux villages sans médecin et sans sage-femme sous les conditions trop archaïques et trop ahigienique.

*(Ginekološko-porodajno odjeljenje*

*Opšte bolnice u Banjoj Luci*

*Načelnik: dr Josip Jović)*

Tun  
 Fran  
 U  
 N  
 bile c  
 jedno  
 zavan  
 usen  
 tosum  
 kraju  
 predk  
 tumor  
 u foli  
 zrnca  
 nih el  
 rasti  
 ve fo  
 razlog  
 se tak  
 granu  
 Ne sr  
 granu  
 plasti  
 da se  
 prede  
 Pe  
 na pr  
 rature  
 ljaju  
 dim  
 tumor  
 godin  
 T  
 su Ze  
 larnor  
 u raz  
 odras  
 G  
 te se  
 sekcij  
 kojoj  
 žemo  
 a)  
 b)

## Tumor granulosa-cellulare

Frane Stančić — Glavinić

### Uvod:

Ni nomenklatura ni etiopatogeneza ove vrste tumora nisu bile dugo vremena jasne. Vođene su dugotrajne polemike i o jednom i o drugom problemu. S jedne strane su u nomenklaturi davani nazivi kao: folliculoma ovarii malignum (v. Mengershausen i Kahlden), carcinoma ovarii folliculoides et cylindromatosum (Mayer), basocelularne izrasline (Miller J.), da bi se na kraju zaustavilo na terminu koji je još 1914. godine V. Werdt predložio iako je on tada pokušao pod ovaj nazivnik svesti razne tumore ovarija. S druge strane, pretpostavljalo se da im je izvor u folikularnom epitelu, epitelu granulosa granula (granulosa zrnca). Najvjerojatnije je, međutim, da izrastaju iz embrionalnih elemenata, koji bi kasnije u normalnom razvoju morali preći u stanice granulose. Te stanice, izgleda, ne dorastu do prave forme granulosa, nego budu zaustavljene u svom razvoju iz razloga koji nam još danas nisu dovoljno poznati. Pretpostavlja se također da izrastaju iz stanica koje su po svojoj formi slične granulosa stanicama, a koje se ponekad viđaju u novorođenčadi. Ne smije se također zapostaviti ni mogućnost da zrele stanice granulosa mogu, pod određenim uvjetima, nekada doživjeti neoplastične promjene. Većina autora se danas slaže sa mišljenjem, da se radi o tumorima koji izrastaju iz embrionalnih elemenata predestiniranih da kasnije budu prave granulosa stanice.

Pojava granulosa-cellularnog tumora i nije tako rijetka. Tako na primjer, Varagont iznosi 126 slučajeva, koje je sakupio iz literaturе. A ni dob pacijentice ne predstavlja nikakve granice. Javlja se u svim dobnim skupinama, iako su mnogo češći u mlađim dobnim skupinama. Zemke je opisao granulosa-cellularni tumor u djeteta starog 14 tjedana, Klaptern u djevojčice stare 4 godine, Harms u djevojčice stare 9 godina itd.

Tumor je obično jednostran. Međutim, to nije pravilo, jer su Zemke i Harrel obavijestili o obostranom granulosa-cellularnom tumoru u djevojčice stare 14 tjedana. Veličina tumora u raznim izvještajima varira od veličine oraha do veličine glave odraslog čovjeka.

Granulosa-cellularni tumori produciraju estrogene hormone, te se u kliničkoj slici nalaze simptomi karakteristični za hipersekciju estrogena. Ove promjene su različite i ovise o dobi u kojoj je tumor nastao. Prema kliničkom efektu estrogena, možemo ih podijeliti na tumore nastale:

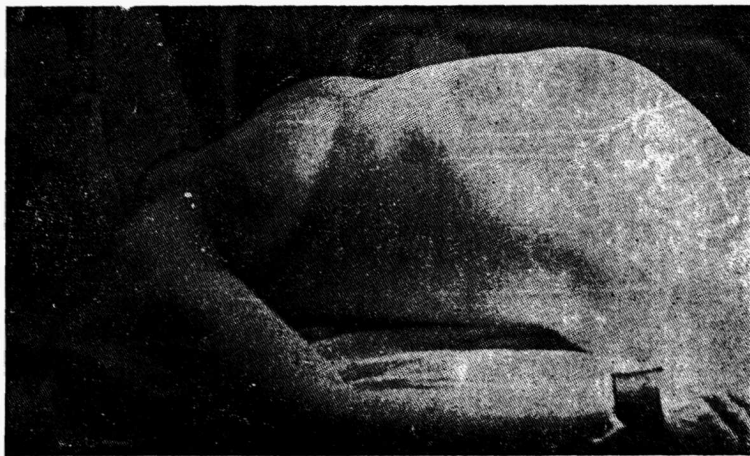
- a) u premenstrualnoj fazi, kada dominiraju simptomi prerane seksualne zrelosti,
- b) tumore nastale u generativnoj fazi žene kada kliničkom slikom dominiraju simptomi iregularnih menstruacija i kvantitavno pojačanih krvarenja,

c) tumori nastali u menopauzi kada kliničkom slikom dominiraju simptomi uterinih krvarenja.

Kod ove posljednje grupe bolesnica potrebno je naglasiti da u velikom broju granulozacelularni tumori koincidiraju s karcinomom uterusa. Prema mišljenju nekih autora, ta brojka dostiže i do 20% (Seitz, Amreich), što treba svakako imati na umu i ne zapostaviti pri tretiranju pacijentica sa karcinomom uterusa.

Tumor je u početku mobilan, a kasnije on postaje fiksiran i sraštava s okolinom. Histološki se radi o atipičnim granulozacelularnim stanicama cilindroidnog, folikuloidnog ili difuznog formiranja.

Mišljenja o prirodi tumora nisu jedinstvena, već su čak i dijagnostički oprečna. Prema mišljenju Varangota oko 10% ovakvih tumora je maligno. Granulozacelularni tumori važe kao relativno benigni i imaju slabu sklonost za stvaranje metastaza (Seitz — Amreich). Tumori ove grupe (kod ovoga autora misli na granulozacelularne, arhenoblastoma i dysgerminoma) imaju niski stupanj malignosti. Prema izvještajima pak Irving M. Ariela, svi su granulozacelularni tumori potencijalno, ako ne i stvarno, maligni. Prema ovom mišljenju i oni tumori izvađeni u dječjoj dobi, koji su kod vađenja još benigni, pripravnici su da pređu u malignitet.



Slika Br. 1.

Bolesnica V. A., stara 22 godine. Oblik i veličina njenog trbuha nakon dolaska u bolnicu ležeći na operacionom stolu.

#### Prikaz bolesnice:

Pacijentica V. A., stara 22 godine. Bila je uvijek zdrava do pred tri mjeseca kada je primijetila prvi put da joj je trbuh nešto naduveniji i veći nego ranije. Nije tražila liječničku pomoć, pa ni onda kada joj je trbuh bio već ovako velik (slika 1), već je potražila pomoć u vječare. Ova joj je stavljala na područje pupka »zvono«, a kada je od nje izišla na ulicu, pala je

u nesv  
u boln  
navodi  
povrač  
kog m  
izmijer

Na  
jući d  
jenka  
likih k  
minaln  
kvadra



Ista

prema  
se iza  
izvana  
sak da  
negleč  
za eksj

Ek  
inkaps  
sadržaj  
luksaci  
lijevog  
Pre  
veliki

u nesvijest i tada su je kola prve pomoći uzela sa ceste i dovela u bolnicu. Anamnestički ni kod dolaska u bolnicu pacijentica ne navodi drugih smetnji osim što joj trbuh raste, nema apetita i povraća joj se. Menstruacije nastupile sa 13 godina, uredne svakog mjeseca u trajanju 4—5 dana. Krvarenja se po količini nisu izmijenila.

Nalaz: svi fizikalni nalazi u granicama normale i odgovarajući dobi i spolu. Abdomen izdignut iznad razine toraksa, stijenka napeta, a palpatorno se ima osjećaj pipanja čvorova velikih kao šaka povezanih u jednu cjelinu, koja je prema abdominalnoj stijenci pomična. Tumoroza tvorba zauzima i gornje kvadrante abdomena sve do ispod rebranih lukova i ne može se



Slika 2.

Ista bolesnica. Tumor nakon vađenja u cjelini. Veličina i izgled tumora.  
Težina tumora 9 kg.

prema njima ograničiti. Virgo, pa se učini rektalni pregled i pipa se iza porcije čvrsta rezistencija grube površine, koja pritiskom izvana suzuje lumen rektuma. Iako se na prvi pogled imalo uti sak da se radi o odmaklom graviditetu — već za porod, nakon pregleda pod sumnjom na neoplazmu, postavila se indikacija za eksploraciju.

Eksploracijom je nađen homogeni, čvrsto građeni čvorasti inkapsularni tumor sa nešto hemoragičnog, slobodnog tekućeg sadržaja u abdomenu. Tumor ekstremno velik i tek se nakon luksacije gornje polovine tumora može ustanoviti da polazi od lijevog jajnika. Tumor je u cjelini izvađen, reseciran adneks.

Preparat: u inkapsuliranom tumoru čvrste, čvoraste građe, veliki dio prema sredini zauzimaju nekrotične mase. Histološki

nalaz: Tumor granulosa-cellulare, bez znakova maligniteta. Tumor težak 9 kg (slika 2).

Pacijentici preporučena daljnja terapija u jednom od zavoda za radijum terapiju, ali je ona to odbila.

Nakon 6 mjeseci pacijentica ponovno dolazi. Sada se pipa nekoliko čvorova intrabdominalno veličine jabuke do šake. Učinjena je ponovna eksploracija, ali se zbog opsežnih metastaza odstranio samo jedan od čvorova radi histološke verifikacije. Sadašnji histološki nalaz: Carcinoma granulosa-cellulare.

Pacijentica je nakon svega jedan mjesec dana umrla.

#### R E S U M É

Service de Chirurgie, Hopital General, Banja Luka

TUMEUR GRANULOSACELLULAIRE

Franjo Stančić

Nous présentons ci-dessus un cas de tumeur granulo-cellulaire chez une femme âgée de 22 ans. La tumeur est intéressante pour sa grandeur et son poids de 9 kg.

Nous n'avons pas droit de parler de la nature de cette forme de tumeur se basant sur un cas clinique seulement, mais nous pensons que notre cas est une donnée de plus dans l'idée que ces tumeurs granulo-cellulaire sont d'une origine maligne.

*(Hirurško odjeljenje  
Opšte bolnice u Banjoj Luci  
Načelnik: dr Frane Stančić)*

Aspi

Za  
analizi  
većan  
tkiva.  
god je  
biopsij  
Sle  
velikog  
instrur

Me  
niku)  
umanj  
dužine  
mogu  
primes

Ino  
kao i  
nekope  
ca), sv

Hi  
za, fibr  
roze je  
više ko  
kom, h

Ko  
lazne r  
povred  
opsija  
ljenja  
cija na  
tiska,  
izbor t

## Aspiraciona biopsija slezine

Zahvaljujući novim tehničkim dostignućima u laboratorijskoj analizi tkiva (histohemijske metode, elektronski mikroskop), povećan je interes za zaživotno uzimanje materijala iz organa i tkiva. Kliničari sve više zapostavljaju operativnu biopsiju, kad god je to moguće, a pribegavaju aspiracionoj ili trepanacionoj biopsiji.

Slezina je organ koji je u tom smislu zapostavljen zbog velikog rizika od povrede i krvavljenja, a nije bilo ni pogodnog instrumenta za biopsiju.

Menghinijevom iglom malog kalibra (1.0—1.2 mm u prečniku) omogućeno je dobijanje materijala i iz slezine, uz znatno umanjen rizik po bolesnika, a dobija se valjak tkiva od 1—3 cm dužine pogodan za histološki tretman i analizu. Iz toga tkiva mogu se pripremiti razmazi za citološki pregled, praktično bez primese periferne krvi.

Indikacije za aspiracionu biopsiju slezine su približno iste kao i za citodijagnostičku punkciju, a kontraindikacije su — nekoperativni bolesnik (komatozna stanja, duševni bolesnici, deca), sve hemoragične bolesti, septična stanja, parazitarne ciste.

Histološka i citološka analiza se upotpunjuju. Histološki pregled ima prednosti kod granulomskih oboljenja, kolagenoza, fibroproduktivnih bolesti slezine (fibroadenija, fibroza kod ciroze jetre), kod tromboze vene lienalis, a citološki pregled daje više kod hematoloških oboljenja (Hodgkin, limfo-i retikulosarkom, hemoblastoze, ekstramedularna hemopoetska ognjišta).

Komplikacije su bol na mestu uboda, u levom ramenu, prolazne manje eksudacije u levom frenikostalnom sinusu, dok se povrede intra-i retroperitonealnih organa mogu izbeći ako se biopsija radi na tipičnom mestu, ne transabdominalno. Krvavljenja ne predstavljaju veću opasnost nego kod drugih intervencija na slezini (citodijagnostička punkcija, merenje venskog pritiska, splenoportografija), možda i manju, ako se vrši brižljiv izbor bolesnika i vodi strogo računa o kontraindikacijama.

A. Mikeš i  
D. Todorović

## U povodu otvaranja Centra Više medicinske škole iz Beograda pri Opštoj bolnici u Banjoj Luci

23. oktobra 1965. god. svečano je otvoren Centar Više medicinske škole iz Beograda pri Opštoj bolnici u Banjoj Luci. Na skupu svih studenata, predstavnika Bolnice i Škole, organizatora i pozvanih gostiju obavljen je početak prvog semestra za više medicinske sestre i sanitarne tehničare, prve takve škole u Bosni i Hercegovini.

Nastava je počela s 56 medicinskih sestara (tehničara) i s 10 zdravstvenih tehničara — laboratorijskih zaposlenih u Bolnici i drugim zdravstvenim ustanovama u Banjoj Luci. Prema dosadašnjim rezultatima prvu godinu će s uspjehom položiti oko 80% studenata. Praktična nastava, kolokviji i ispiti uspješno se obavljaju u samoj Bolnici. Ovi napori nisu uzaludni, jer ovim radom jedan širi krug srednjih medicinskih radnika proširuje svoja znanja, a što je svakako korisno za bolesnike.

Otvaranje ove Škole bila je neophodna potreba. U svim svojim normativnim aktima Bolnica je predvi-

djela višu stručnu spremu — (završenu Višu medicinsku školu) za radna mjesta nadzornih medicinskih sestara odjeljenja i za radna mjesta nadzornih sestara odsjeka. Do otvaranja Centra Više medicinske škole Bolnica je imala samo jednu sestru sa završenom višom medicinskom školom, tako da se i danas u 8 medicinskih odjeljenja nalazi na radnim mjestima 25 medicinskih sestara koje nemaju odgovarajuću stručnu spremu. Međutim, nije samo ovo razlog za otvaranje te škole. U Bolnici se uvijek poklanja velika pažnja školovanju kadrova. Medicina je u stalnom razvoju i svako zaostajanje u praćenju novih dostignuća bezuslovno znači zaostajanje i nazadovanje ne samo ljekara nego i ostalih medicinskih radnika. Zato se s opravdanjem očekuje da će i ova škola pomoći srednjim i višim medicinskim radnicima da poboljšaju njegu i tretman bolesnika.

V. Đorđević

Sa stručnih  
sastanaka

Hematološki dani,  
Maribor,  
2—4 jun 1966.

Hematološki dani održani su od 2—4. VI 1966. godine u Mariboru pod pokroviteljstvom predsjednika opštine Vere Kolarić. Svečano otvaranje je bilo u Muzeju uz hor mališana. Učesnici su upoznali istorijske znamenitosti Maribora.

U toku rada izložene su, kao glavne teme:

- Megaloblastične anemije,
- Hemolitične anemije,
- Sprečavanje transfuzijskih reakcija i
- više slobodnih tema

Predstavnici našeg Internog odeljenja pročitali su dva referata:

— Perniciozna anemija i karcinom stomaka — A. Mikeš, B. Radojčić, V. Bratić, — Mikeš i A. Arar

— Megaloblastična anemija trudnoće i puerperija — A. Mikeš, V. Bratić — Mikeš

Održani su referati iz područja transfuziologije, alergične reakcije u toku transfuzije, transfuzijske reakcije uslijed nepravilnog rada konzervisanom krvi, transfuzijski incidenti zbog administrativnih grešaka, koje su dosta česte i mogu biti fatalne za primaoca krvi, zatim iz genetike krvnih grupa i dr.

U diskusiji između kliničara i predstavnika transfuziološke službe skrenuta je pažnja na veću saradnju i poštovanje principa jedne i druge službe. Transfuziolozi su u toku boravka posjetili Stanicu za transfuziju krvi u Mariboru, gdje se rade sve savremene metode u obradi krvi kao i prenatalna zaštita trudnica. U njih je, za razliku od nekih drugih stanica u zemlji, bolnica izvanredno snabdjevena s krvi zahvaljujući odličnoj saradnji između Crvenog krsta i zdravstvene ustanove. Sve akcije prikupljanja krvi organizuje Crveni krst. Postoje određena lica koja se bave samo tim poslom i za to primaju odgovarajuću materijalnu nadoknadu.

S. Koprivica — Jakovljević

Naši infektolozi  
o hepatitisu  
i graviditetu

Na sastancima Infektološke sekcije BH u Mostaru (28—29. V. 1966) i Infektološke sekcije Hrvatske u Osijeku (3—5. VI. 1966) posvećeno je mnogo pažnje infektivnom hepatitisu. Glavnu temu prvog dana predstavljao je na oba sastanka odnos hepatita i graviditeta.

Izveštaj Zarazne bolnice Zagreb (dr Z. Košutić) obuhvata 60 trudnica sa akutnim virusnim hepatitisom. Tri smrtna slučaja iz ove grupe odnose se na trudnice iz Bosne, kojih je u grupi bilo ukupno 23. Među trudnicama iz Hrvatske (37) nije bilo smrtnih slučajeva.

U Dobojskoj bolnici statistika obuhvata 96 trudnica sa akutnim virusnim hepatitisom, od kojih je umrlo 10, a komatozno stanje je posmatrano kod ukupno 21 trudnice (dr E. Bobinac).

Manje grupe trudnica sa akutnim virusnim hepatitisom lečene su u Karlovcu, Tuzli i Mostaru.

Izneseni su i rezultati posmatranja na Internom odeljenju u Banjaluci. Od ukupno 181 trudnice lečene kod nas, umrlo je 30, tako da smrtnost iznosi za čitavu grupu 16,7%, a u pojedinim proteklim godinama dostiže i 40%, što je najviša dosad spomenuta cifra. Ona je nastala svakako usled koncentracije teških oblika hepatita u graviditetu na ovom odeljenju.

Odnos hepatita i graviditeta proučavan je i na Infektološkoj klinici u Sarajevu, pa su na sastanku u Mostaru saopšteni vrlo interesantni podaci dobijeni komparacijom njihovog materijala sa rezultatima

lečenja i  
nju u Bi

Spomen  
lozi ovaj  
trudnica,  
vani ran  
tricija, p  
ničkim  
infekcije  
života i c  
ki novi (l  
like, zna  
tucije že  
mulacije  
roida u t  
lo, kra  
liki broj  
drugim r  
su omog  
nim pod  
no opširi  
sija.

Izveštaj  
grčko-  
oto-neu  
kog ko

Peti kong  
oto-neuro-  
lunu od 27  
pod pokrov  
ćine grada  
bilo grčko  
štvo.

Kongres  
časova u  
Solunu na  
davanja s  
skom građ  
ra. Na Ke  
ski, engles  
svakog po  
graničeno  
bile slobod  
ta, od tog  
skih 3 iz  
Referati su  
oto-neuro-  
o.

Prikazana  
nja, s uloz  
sa i bez si  
ničke pojed  
rije tonalne  
vokalne au  
ljena sluaj  
glašen je u  
buke na s



lečenja na Zaraznom odeljenju u Bijaču.

Spomenuti su i mogući razlozi ovako visoke smrtnosti trudnica, kako oni nagoveštavani ranije (hronična malnutricija, pripadnost raznim etničkim grupama, masivnost infekcije u vezi sa načinom života i običajima), tako i neki novi (konstitucionalne razlike, značaj steroidne konstitucije žena, mogućnost akumulacije hepatotoksičnih steroida u toku trudnoće). Na žalost, kratkoća vremena i veliki broj referata, kao i na drugim našim sastancima, nisu omogućili da se o iznenađujućim podacima razvije dovoljno opširna i detaljna diskusija.

D. Todorović

## Izveštaj sa Petog grčko - jugoslovenskog oto-neuro-oftalmološkog kongresa

Peti kongres grčko - jugoslavenskih oto-neuro-oftalmologa održan je u Solunu od 27. do 30. maja ove godine, pod pokroviteljstvom predsjednika općine grada Soluna, a organizator je bilo grčko Oto-neuro-oftalmološko društvo.

Kongres je otvoren 27. maja u 19 časova u sali Liječničkog društva u Solunu na trgu Aristotelous 4. Predavanja su se održavala u studentskom gradu u sali Kluba medicinara. Na Kongresu se govorilo francuski, engleski i njemački, a trajanje svakog pojedinog referata bilo je ograničeno na deset minuta. Teme su bile slobodne. Održana su 92 referata, od toga 47 grčkih, 41 jugoslovenskih, 3 iz Engleske i 1 iz Bugarske. Referati su obuhvaćali tematiku iz oto-neuro-oftalmologije.

Prikazana su audiometrijska mjerenja, s ulogom umora kod naglušnih sa i bez slušnog aparata. Zatim tehničke pojednosti mjerenja audiometrije tonalne i vokalne, kao i rezultati vokalne audiometrije u djece oslabljena sluha i kod gluhoonijemih. Naglašen je utjecaj i značaj vibracije i buke na smanjenje sluha. G. Yanno-

ulis izneo je demonstracije na E. N. G. nakon izazvanog optokinetičkog Ny kod letača.

Podvise sa saradnicima je iznio eksperimentalna istraživanja o nekim problemima u alergiji.

Dat je prilog novim saznanjima u pato-anatomskim promjenama kod upale srednjeg uha, kavernoznog sinusa i kirurgije facijalisa; iznesena su iskustva, indikacije i rezultati s timpanoplastikama, stapedektomijom i mikrokirurški zahvati kod otoskleroze. Prikazani su i dobri rezultati kod izvjesnih vrsta vrtoglavica liječenih ultra-zvukom.

Više autora iznijelo je rezultate liječenja malignih tumora iz ORL struke, a stroboskopskim i spektrografskim metodama omogućena je ranija dijagnostika bolesti lariniksa.

Nekoliko referata obuhvatilo je radove iz radio-terapije, plastične kirurgije, okulistike i neurologije.

Na ovom Kongresu sam održao referat: »Unsere ersten Versuche der Ersetzung der Stirnknöchendefekte durch Kalbsknochenspongioseimplantate«. Referatom smo prikazali implantaciju teleće kosti u koštane defekte čela, i dokazali rendgenski i histološki da kalem nije potpao pod narkozu i resorpciju, već je postao osnova za stvaranje nove kosti.

Organizacija Kongresa bila je vrlo dobra, omogućen nam je ugodan boravak, a Kongres je doprinio ne samo stručnom već i daljnjem zbližavanju i održavanju prijateljskih odnosa između dviju susjednih zemalja.

Zvonimir Klepac

## Izveštaj s Internacionalnog kolokvija za rekonstruktivnu i plastičnu kirurgiju glave i vrata

Kolokvij je održan u Zagrebu od 16. do 18. juna ove godine pod pokroviteljstvom predsjednika Skupštine grada Zagreba Pere Pirkerera. Organizaciju je proveo Institut za proučavanje i zaštitu uha i dišnih organa i Opća bolnica »Dr Mladen Stojanović« Zagreb.

Kolokviju su prisustvovali predstavnici iz 8 zemalja: Engleska, Austrija, Čehoslovačka, Mađarska, Švedska, Francuska, Italija i Zapadna Njemačka.

Kolokvij je obuhvatio tri teme.

**PRVA TEMA:**

Suvremene fundamentalne spoznaje tuansplantacije i kultura tkiva

**DRUGA TEMA:**

Plastični i rekonstruktivni zahvati

**TREĆA TEMA:**

Neuroplastike područja glave i vrata.

U prvoj temi opisani su etički problemi u budućoj kirurgiji, a B. Nakić (prof. biologije Filozofskog fakulteta Zagreb) objavio je eksperimentalne radove na životinjama o imunogenetskom aspektu homotransplantacije, kao i komplikacije kod is-

te. Prof. Podvinec sa saradnicima iznio je eksperimentalni rad u transplantaciji kože kao sredstva za prenos imunobioloških informacija.

Druga tema obuhvaća rekonstruktivnu kirurgiju vanjskog uha, zvučnog voda, te primjenu lokalnih režnjeva u kirurgiji lica. Metodu prof. Šercera: Dekortikacija nosa u rekonstrukciji nosne piramide, referirao je prof. Padovan.

U trećoj temi prikazani su filmovi o rekonstrukciji larinksa iza resekcije tumora, a prof. Juzbašić prikazao je šav jednjaka, kao operativno tehnički problem, a prof. Gušić rekonstrukciju vratnog dijela jednjaka kod korozija.

Na kraju u panel diskusiji doneseni su zaključci o pročitanim referatima i postavljeni za sada moguć principi u plastičnoj i rekonstruktivnoj kirurgiji.

Zvonimir Klepac

Da bi olakšala snabdevanje zdravstvenih radnika, lekara i drugih lica svojim izdanjima, Medicinska knjiga je odlučila da uvede **PRODAJU KNJIGA NA KREDIT.**

Prodaja knjiga na kredit se odnosi samo na kupovinu izdanja »Medicinske knjige«, a mogu je koristiti sva lica koja se nalaze u stalnom radnom odnosu.

Ako ste se odlučili za ovaj način kupovine naših izdanja izvolite nam se pismeno obratiti kako bi Vam dostavili naš katalog kao i ostali materijal (uputstvo, narudžbenicu i garantno pismo), sa kojim ćete na lak način izvršiti kupovinu knjiga na kredit.

Medicinsko izdavačko preduzeće

**»MEDICINSKA KNJIGA«**

BEOGRAD — Bojanska 24, tel. 42-413

HEM

HEM

PHE

EO

DIB

MOT

ART

RIP

Ch. Tra

D. G. E

S. J. S

Treatm

Coma

Blood

New Eng

(LECEN

EKSSANC

Autori se

menom ko

kod bolez

može otklo

se omoguć

ugroženih

Ekssangv

bolesnika

toku akut

petoro dec

hodni pok



# Hemofarm

FABRIKA LEKOVA VRŠAC

proizvodi:

**HEMALGOL**

analgetik, antipiretik i sedativ  
oprema: tablete à 6, 10 i 250 kom.

**PHENYLBUTAZON**

antireumatik i antiflogistik  
oprema: dražeje à 20 i 250 kom.  
ampule 5×5 ml i 50×5 ml

**REOPIN**

antireumatik, analgetik i antipiretik  
oprema dražeje à 20 i 500 kom.  
ampule 5×5 ml i 50×5 ml

**DIBEFEN**

sedativ  
oprema: tablete à 30 kom.

**MOTOLON**

sedativ i hipnotik  
oprema dražeje à 20 i 500 kom.

**ARTANE**

antiparkinsonik i antiholinergik  
oprema: tablete à 100 i 1000 kom.

**RIPASON**

ekstrakt jetre  
oprema: dražeje à 30, 250 i 500 kom.  
ampule 10×2 ml i 50×2 ml

Iz stranih  
časopisa

Ch. Tray  
D. G. Burns  
S. J. Saunders:  
**Treatment of Hepatic  
Coma by Exchange  
Blood Transfusions**

New Engl. J. Med. 173, 214, 1966.

(LEČENJE HEPATICKE KOME  
EKSSANGVINOTRANSFUZIJAMA)

Autori su pošli od ideje da se zamonom kompletne krvi u organizmu kod bolesnika sa jetrenom komom može otkloniti dovoljno toksina da bi se omogućila spontana regeneracija ugroženih hepatocita.

Ekssangvinotransfuzijom su lečili 7 bolesnika sa komatoznim stanjem u toku akutnog virusnog hepatita, i to petoro dece i dvoje odraslih. Prethodni pokušaji lečenja dijete bez

belančevina, neomicinom per os i glukozom per os i parenteralno kod svih su bili bezuspešni. Zamena krvi izvršena je kod pet bolesnika jednom, kod jednog dvaput i kod jednog sedam puta, uvek dvostrukom zapreminom krvi bolesnika dobljenom računskim putem.

Ozdravilo je pet bolesnika, a umrle su dva. I kod ova dva bolesnika nastalo je poboljšanje posle zamene krvi, ali je smrt nastupila kod jednog zbog septikemije, a kod drugog zbog iznenadne hipotenzije i anurije pri punoj svesti. Kod svih je pretransfuzije postojalo neprekidno pogoršavanje, a povoljna reakcija na zamenu krvi bila je očigledna. Ona je nastajala kod nekih promptno, a drugim su bila potrebna 2—4 dana za potpuno vraćanje svesti. Jednom bolesniku svest se vratila već posle 8 sati, ali je zbog pogoršanja posle naredju dana krv morala biti zamenjena naknadno još pet puta u vremenu od 13 dana.

Indikacije za ovako lečenje bolesnika s jetrenom komom još uvek ni-

su jasne. Autori predlažu svoj način tretiranja samo za duboku komu, jer početni poremećaji reaguju ponekad vrlo dobro i na konzervativno liječenje. Glavna opasnost od zamene krvi je septikemija. Eventualna krvavljenja zbog upotrebe heparinizovane krvi mogu se lako sprečiti pomoću protamin-sulfata, koji su autori ordinirali redovno preventivno.

U belešci na dnu posljednje strane svog rada autori spominju još pet slučajeva tretiranih u toku štampanja: dvoje dece umrlo je brzo posle transfuzije, a tri odrasla bolesnika došla su brzo svesti posle treće zamene krvi u toku 3 dana. Od njih je jedan ozdravio, drugi umro od krvavljenja, a treći posle pet nedelja od verifikovanog karcinoma jetre. On je istovremeno bio prvi bolesnik bez hepatita na kome je oprobano ovakvo liječenje.

D. Todorović

J. Sedan:

### Les accidents oculaires par la cortisone et les tentatives faites pour les neutraliser

Annales d' Oculistique, 199, 601, 1966.

(OCNE KOMPLIKACIJE NASTALE U TOKU LIJEČENJA KORTIKOSTEROIDIMA I UČINJENI POKUŠAJI DA SE ONI NEUTRALISU)

Odmah po aplikaciji kortizona u reumatologiji 1949. godine proučena je i njegova primjena u oftalmologiji. On predstavlja efikasno sredstvo za liječenje raznovrsnih i brojnih afekcija oka. Velika upotreba dovela je do pojave vaskularnih, tomometrijskih, lentalnih i kornealnih akcidenata, o kojima postoje brojna saopštenja.

Vaskularne: embolia arteriae centralis retinae, poslije intra i supkutanih injekcija kortizona dovele su do unilateralnog tranzitornog ili definitivnog slijepila.

Povećanje intraokularnog pritiska prestaje tek po prestanku aplikacije kortikosterioda, a koje stanje je refrakturno na primjenu pilokarpina.

Kortizonske katarakte nastaju uslijed protrahirane lokalne upotrebe kor-

tizona i češće uslijed dugotrajne opšte kortizonske terapije (doze više od 16. mg. prednizona) osoba koje se liječe duže od godinu dana.

Kornealni akcidenti su najopasniji i najteži. Oni su najteži kod starijih osoba i onih u kojih je kornealni senzibilitet smanjen ili ugašen može dovesti do perforacije korneje.

Ovi akcidenti zahtijevaju opreznost i potrebu da se korisne doze kortikosteroida kod lica koja se duže vrijeme liječe razumno reduciraju.

Autor na materijalu od 15 godina iznosi svoja zapažanja primjenjujući ih zajedno s antibioticima, gdje mu se asocijacija s aureomicinom i tetramicinom pokazala mnogo efikasnijom nego s pencilinom. Kod slučajeva alergije na antibiotike savjetuje kombinaciju s bizmutom.

Ističe potrebu da se svim pacijentima predviđenim za dužu kortizonsku terapiju uradi kerato-estezioqram.

B. Jovičević

Franz Babe:

### Hysterische Anfälle bei Epilepsie

Der Nervenarzt, Heft 4, 1966.

(HISTERIČNI NAPADI KOD EPILEPSIJE)

Staro kliničko iskustvo je ukazalo na često postojanje histeričnih i epileptičnih napada kod istog bolesnika. Mnogi su autori u novije vrijeme zapažili da su upravo među terapeutski rezistentnim epileptičarima mnogi imali i histerične napade.

Autor je promatrao 43 bolesnika s histeričnim napadima koji su uz to imali i epileptične napade i došao je do slijedećih zaključaka:

a) Kod detaljnijeg ispitivanja terapeutski rezistentnih epileptičara u većini slučajeva je doznao da su ovi prije epileptičnih napada imali i histerične ili ih imaju istovremeno, samo im oni i okolna nisu pridavali značaja.

b) Forma epileptičnih napada pri kombinaciji nema nikakvog značaja. (Među promatranim autor navodi slučajeve kombinacije dvije ili više formi epilepsije i udruženost ovih sa histeričnim napadima).

c) Prema slučajevi da rlični napadi mijenjeni s histerične m

U diskusiji jenost, odn je vrste nap odbacivanje loga koji tvr mo slučajno: ffler-om da grafskih de da li se rad bolesti, ili i nim German Krapelin u bez epilepti samo dugo razvoja kar da da odgo šta se takc danju Krap. šao da sve: na jednu p jašnjavajući rebralnog s mišljenje W šao da jed: ze odnosa i pojavu je pada.

O pitanju je poslije 43 znatra jednom ili samoubistv epileptičnih ji se često s neugodn' zalaže za i tacije i rez mjenom m gdje su ov binirane.

H. D. H. Z. Hor. U. Fiso. Kritisc der Ge 160 di Schwa

Zbl. für (KRITIC PORODA

c) Prema vremenu nastupa češći su slučajevi da se primarno javljaju histerični napadi koji kasnije budu zamijenjeni s epileptičnim, ili se uz histerične napade javljaju i epileptični.

U diskusiji o gledanju na podvojenost, odnosno povezanost ove dvije vrste napada, autor se zalaže za odbacivanje mišljenja mnogih neurologa koji tvrde da su podudaranja samo slučajnost. Ne slaže se ni sa Ruffler-om da se samo na osnovu biografskih determinanti može riješiti da li se radi o kombinaciji ove dvije bolesti, ili je to jedna bolest u raznim formama. On navodi da je još Kraepelin uočio postojanje epilepsije bez epileptičnog napada i dodaje da samo dugo promatranje i praćenje razvoja karakternih promjena može dati odgovor na ovo pitanje. Uputa se također i u diskusiju o gledanju Krapf-a, koji je 1957. g. pokušao da svede obadviije vrste napada na jednu patogenetsku platformu objašnjavajući to stepenom smetnji cerebralnog sazrijevanja. Napominje i mišljenje Welzsäcker-a koji je pokušao da jednostavno, na principu križe odnosa ličnosti i okoline objasni i pojavu jednog ili drugog oblika napada.

O pitanju terapije autor navodi da je poslije primjene antiepileptika od 43 posmatrana slučaja, 12 pokušalo u jednom ili u više navrata da izvrši samoubistvo. On to tumači zamjenom epileptičnih napada s histeričnim, koji se često poslije terapije kombinuju s neugodnim aurama. Zato se autor zalaže za redovnu primjenu rehabilitacije i resocijalizacije uporedo s primjenom medikamenata kod slučajeva gdje su ove dvije vrste napada kombinirane.

Z. Bilalbegović

H. D. Herre

Z. Horky

U. Fischer:

Kritische Bewertung  
der Geburtsleitung bei  
160 diabetischen  
Schwangeren

Zbl. für Gynäkologie 8, 244, 1965.

(KRITICKI OSVRT NA VOĐENJE  
PORODA KOD 160 DIJABETIČNIH  
TRUDNICA)

Postoje dva suprotna principa u načinu vođenja poroda kod trudnica oboljelih od dijabetesa. Prvi smatra da svaka trudnica s dijabetesom treba da je operativno porođena, naime sekcijom, a drugi da dijabetes ne treba da je primarni razlog za takvu odluku, već više druge komplikacije (položaj, gestoza itd.)

Autor je imao ukupni perinatalni mortalitet djece 19,9%, od čega 6,3% mrtvorodeno, a 1,8% umrlo u porodu.

Na osnovu ovih podataka autori dolaze do zaključka da je najbolja težina čeda u pogledu vitaliteta 2500 — 3000 gr. Optimalni termin poroda je 38. nedjelja trudnoće. Naime, što se produljuje vrijeme trajanja trudnoće, to mortalitet djece rapidno raste.

Autori smatraju da porodi vođeni s iv. davanjem oksitocina povisuju mortalitet djece i preporučuju frakcionarno davanje leka im. Prosječno trajanje spontanog poroda kod dijabetičarki je mnogo kraće nego kod zdravih porodilja. Postojeće kasne komplikacije dijabetesa (progredijentna retinopatija, nefropatija) zahtijevaju primarno operativni završetak poroda. Položaj zatkom također smatraju primarnom indikacijom za sectio cesarea.

Mortalitet majki je 1,25%.

Težište rada je na pravilnom tretmanu osnovnog oboljenja.

V. Janković

H. Daintree Johnson:  
Gastric Ulcer. —  
Classification, Blood  
Group Characteristic,  
Secretion Patterns  
and Pathogenesis

Annals of Surgery, 162, 6, 1965.

CIR ZELUCA. — KLASIFIKACIJA,  
KARAKTERISTIKE KRVNIH GRUPA,  
UČESĆE SEKRECIJE I  
PATOGENEZA)

Sekrecija kiseline kod čira na želucu je varijabilna. Premda se u većini slučajeva radi o hiposekreciji, moguća su i minimalna odstupanja od normalnih vrednosti u oba pravca, a nekada čak i hipersekrecija. Tada se radi o bolesnicima s gastričnim ul-

kusom, kombiniranim sa duodenalnim i bolesnicima s čirom na pilorusu ili neposredno uz njega. Želučani čirevi udaljeni od pilorusa i bez prethodne lezije duodenuma, a oni su najčešći, najkonstantnije su prane hiposekrecijom.

U analizi 130 slučajeva kombiniranih gastričnih i duodenalnih ulkusa nalaze:

prvo se javlja duodenalni čir; većina bolesnika ima nivo kiseline sekrecije tipičan za duodenalni čir; većina bolesnika retinira želučani sadržaj i ima simptome opstrukcije pilorusa.

Želučani čirevi kombinirani s duodenalnim su rezistentni na konzervativni tretman i krvare mnogo češće nego ostali čirevi na želucu.

Na osnovu ranijih zapažanja (Aird, Bentall, Mehigan, Holding i dr.) da je krvna grupa od važnosti za lokalizaciju i karakteristiku ulkusne bolesti, autor je pokušao statistički obraditi materijal.

U seriji od 5023 slučajeva želučanih čireva bilo je 57% tip 1. ili kategorija 1a,

22% tip 2

20% tip 3

880 bolesnika iz grupe 1 stavljani su u kategoriju 1a, u kojoj se nesumnjivo nalazi i izvestan broj nediferenciranih slučajeva tipa 2.

Po krvnim grupama npr.:

u Londonu 47,11% pripadaju grupi O, 40,56% grupi A, 9,23% grupi B, i 3,10% grupi AB;

u Bristolu 43,54% grupi O 45,22%, grupi A, 8,37% grupi B, 2,86% grupi AB.

Slične rezultate našli su Belfast, Preston i Middlesbough.

Autor razlikuje tri tipa gastričnih ulkusa.

Izolirani čir na korpusu želuca bez abnormalnosti na duodenumu, pilorusu ili prepiloričnoj regiji. U većine bolesnika smanjena je sekrecija kiseline i neznatna je dominantnost grupe A. Sanacija je konzervativnom terapijom dobra, hemoragija rijetka i prognoza relativno dobra.

Kategorija 1 — za vrijeme operacije čira na želucu rađene su egzaktna pretraga duodenuma, pilorusa i prepilorične regije i rađene su minimalne lezije ili ožiljci.

2 Čir na korpusu želuca kombiniran sa čirom ili ožiljkom na duode-

numu ili pilorusu. Ovaj tip čireva ima lošu prognozu, vrlo su rezistentni na konzervativnu terapiju i imaju jaku tendenciju krvarenja. Terapija isključivo hirurška.

3 Želučani čir neposredno uz pilorus. Lezije ove lokalizacije kombinirane s duodenalnim čirom ili s čirom tipa 2. koji leži proksimalno od njega, klasificiraju se kao tip 3.

Duodenalni i želučani ulkusi smatraju se različitim bolestima s moguće različitim patogenezom. Rezultati istraživanja daju fiziološku bazu klasifikacije peptičkih ulkusa. Čirevi na želucu koji nastaju s duodenalnim i onima blizu pilorusa, moraju se klasificirati sa duodenalnim čirevima kao bolest s hipersekrecijom želučane kiseline: oni koji nastaju na tijelu stomaka, kod pacijenata s normalnim duodenumom obično su karakterizirani hiposekrecijom želučane kiseline. Oni sačinjavaju različitu bolest s različitim patogenezom i hereditarnom predispozicijom.

Preporučuje se da se peptični ulkusi ne kvalificiraju prema anatomskom položaju nego na osnovu hipo — ili hipersekrecije. Ovakva podjela ima velikog značaja za izbor liječenja.

F. Stančić

Iz rada  
Društva ljekara

## Iz podružnice Banja Luka

U periodu 1965. do 1966. godine održani su brojni sastanci Društva s predavanjima na različite teme. Uz članove našeg Društva nastupili su gosti i iz drugih republika.

Doc. Borivoje Radojčić — Beograd:

Mišićna oboljenja u opštoj praksi

prof. Vladan Josipović — Beograd:

Lečenje arterijalne hipertenzije;  
doc. Milan Blagojević — Beograd:

Očne promene u toku arterijske hipertenzije

doc. Davor Gligo — Rijeka:

Vid, sv  
Vid i z  
prof. Vink  
Kongen  
koša —  
prof. Slavk  
Akutna  
prof. Mirko  
Uloga i  
doc. Zvon  
Bolesti  
i njih  
U istom v  
viru, rada  
životi ra  
slijedeći s  
Prim. A. M  
M. Đurđev  
Preope  
interni  
Z. Klepac

Vid, svjetlo i radno mjesto,

Vid i saobraćaj

prof. Vinko Francisković — Rijeka:

Kongenitalna oboljenja grudnog  
koša — 10 godišnja iskustva

prof. Slavko Rakovac — Ljubljana:

Akutna renalna insuficijencija

prof. Mirko Derganc — Ljubljana:

Uloga infekcije kod opekotina

doc. Zvonimir Suštrčić — Celje:

Bolesti perifernog krvnog sistema  
i njihovo liječenje

U istom vremenskom periodu u ok-

viru rada komisije za naučno istra-

živački rad Opšte bolnice održani su

sljedeći sastanci s predavanjima:

Prim. A. Mikeš, D. Todorović i Laboš

M. Đurđević i Pavlović, V Bratić:

Preoperativna konsultacija  
interniste

Z. Klepac i B. Gorić:

Tonzilarni problem

B. Jovičević, E. Muftić i A. Pišteljčić:

Promjene na očnom dnu kod  
kardovaskularnih, hematogenih,  
nefrogenih oboljenja i dijabetesa

M. Ferković i V. Lukač:

Problem psihoza

B. Brujić, F. Čurić i Lj. Salvarica:

Akutni ginekološki abdomen

B. Jovičević, E. Muftić i A. Pišteljčić:

Oftalmoskopske promene u toku

intrakranijalnih oboljenja

(Njihov dijagnostički i

prognostički značaj)

A. Glavaš:

Epidemija epidemičkog parotid-

nog meningitisa kod naših

slučajeva

M. Ferković:

Bol — kao dijagnostički psiholo-  
ški problem.



čireva  
zistenini  
i imaju  
Terapija

uz pi-  
kombi-  
ili s čl-  
alno od  
3.

si sma-  
s mo-  
Rezul-  
u bazu  
Cire-  
doenal-  
moraju  
čire-  
lom že-  
aju na  
s nor-  
su ka-  
ljučane  
itu bo-  
here-

ni ul-  
natom-  
s hipo-  
sodjela  
r lije-

ara

odri-  
tva s  
Uz  
su

grad:

ad:  
zije;  
ad:  
djske

## Uputstvo saradnicima

Uredništvo prima samo radove koji nisu bili objavljeni.

Radovi predati uredništvu treba da ispunjavaju sljedeće uslove:

- da su napisani jasno, materija izložena razumljivo;
- da su napisani pravilnim književnim srpskohrvatskim jezikom;
- da su pisani pisačom mašinom, s dvostrukim proredom i slobodnim rubom od 2 cm, sa svake strane, samo na jednoj strani kvadratnog papira;
- da na jednoj strani ne bude više od 5 autorovih korektura mastilom;
- da se svaka radnja preda u dva primjerka (original i kopija);
- da radovi ne prelaze 12 strana i prikazi slučajeva 3 strane.

Rad treba da je izložen prema uobičajenoj šemi (uvod, materijal, metodika — eksperimentalna ili klinička, rezultati, diskusija ili analiza, rezime).

Uz svaki rad treba priložiti i rezime na jednom od sljedećih stranih jezika: engleski, francuski, njemački ili ruski.

Naslov rada treba da je koncizan i jasan, da odgovara materiji izloženoj u radu.

Ispod naslova nalazi se ime autora bez titule.

Naziv ustanove iz koje rad potiče, ime i prezime stručnog rukovodioca ustanove — nalazi se na kraju rada.

Uz rad obavezno treba dodati literaturu kojom se autor služio. Ona se može napisati prema oznakama (brojevima) u tekstu, ili prema abecednom redu autora.

Upotrijebljenu literaturu treba prikazati na sljedeći način: prezime autora i prvo slovo imena, naziv časopisa, volumen, strana i godište

ili

navedena knjiga:

prezime i prvo slovo imena autora, naslov knjige, izdavač, mjesto izdavača, godina izdanja,

npr.

Pavlović D., Medicinski prehled, 12, 158, 1962.

ili

Stefanović S., Bolesti jetre, Med. knjiga, Beograd, 1961.

Bilješke o tome da je rad eventualno čitan na nekom stručnom sastanku, kao i zahvale — treba pisati na posebnoj listu papira.

Uz tekst se mogu priložiti tablice, grafikoni ili slike samo u najneophodnijem broju s objašnjenjem. Tehnička obrada dokumentacionog materijala mora da bude besprekorna.

U tekstovima se izuzetno mogu upotrijebiti kratice.

Ukoliko rad ne ispunjava navedene uslove, biće vraćen autoru.

Radovi će se objavljivati po redoslijedu kako ih Uredivački odbor bude prihvatio. Uredništvo zadržava pravo da naručene radove ili one koje ocijeni da predstavljaju značajan doprinos, štampa mimo ovog rasporeda.





**P L I V A**

**TVORNICA FARMACEUTSKIH I KEMIJSKIH PROIZVODA  
ZAGREB**

ново

ново

**KOD PROBAVNIH SMETNJA  
MEXAFORM DRAŽEJE  
INTESTINALNI EUBIOTIK**

**uklanja**

meteorizam, diareju,  
konstipaciju i flatulenciju

kod

nespecifičnih gestrointestinalnih infekcija

kod

promijenjenog načina ishrane i promjene  
klimatskih uslova na putovanju

kod

povećane opasnosti crijevnih infekcija  
regulira crijevnu floru kod dispepsija,  
peroralne primjene antibiotika  
širokog spektra i drugih poremećaja  
crijevne flore

oprema:

20 dražeja

**P L I V A**

**tvornica farmaceutskih i kemijskih proizvoda  
ZAGREB**



## JUGOLEK BEOGRAD

**PREDUZEĆE »JUGOLEK, BEOGRAD, može vas snabdevati iz uvoza i od domaćih proizvođača svim proizvodima za zdravstvo:**

- medicinski, elektromedicinski, laboratorijski i hirurški aparati i instrumenti i pribor;
- rendgen aparati, cevi i pribor;
- optički aparati, stakla za korekciju vida, staklena ambalaža i proizvodi od stakla;
- zubarski aparati i instrumenti, potrošni materijal i pribor,
- injekcione igle, špricevi, merni aparati za bolnice, institute i naučne ustanove;
- ortopedski proizvodi, naučni instrumenti, aparati i učila;
- higijenski, sanitarni i medicinski gumeni proizvodi, zavoji, vata, gaza,
- laboratorijske hemikalije, staklo, filter hartija i ostali pribor, laboratorijska i školska oprema i uređaji;
- veterinarski materijal — pribor i oprema;
- medicinske i farmaceutske sirovine, lekovi i serumi;
- laboratorijski pribor od metala, drveta, gume i tekstila;
- bolnički nameštaj;
- kompletno snabdevanje bolnica.

**POSETITE NASE SPECIJALIZOVANE PRODAVNICE  
U BEOGRADU:**

**MEDICINA** — Trg Marksa i Engelsa br. 8

**LABORATORIJA** — Kosovska br. 10—14

**DENTAL** — Ugao Vasiće i Dobračine ulice.

**KORISTITE NASA ISKUSTVA I TRAZITE STRUCNU  
LITERATURU I PROSPEKTE.**

»JUGOLEK« Export-Import  
BEOGRAD, Kosovska br. 10—14  
Telefoni: 340—230 do broja 9.  
Telex: 11285, POB 216, Telegr.: JUGOLEK, Beograd

A V A  
dražeje

"

"

"

objedi  
pouzda  
lon-me

INDIK

J E C

amp.

"

je int.  
sorbit  
rektne  
cije h  
stanja  
nepot  
Ekstr

NDI

U L

kut.  
boce

je no  
nje

INDI

## AVAFORTAN

- dražeje à 20  
„ à 100  
„ à 5×5 ccm  
„ à 100×5 ccm

objedinjuje optimalna svojstva spasmolitikuma Avacana sa pouzdanim analgetskim dejstvom phenyl-dimethyl-pyrazolon-methylamino-metansulfonat-natriumom.

INDIKACIJE — Za terapiju teških bolnih grčeva, na pr. kolika žučnih i mokraćnih puteva  
— kod angine pectoris  
— kod migrene itd.

## JECTOFER

- amp. à 10×2 ccm  
„ à 100×2 ccm

je intramuskularni preparat željeza, sadrži kompleks željeza-sorbitola-limunske kiseline. 80% Jectofera apsorbira se direktno u krvotok te dovodi do brzog povećanja koncentracije hemoglobina i do brzog i osjetnog poboljšanja općeg stanja pacijenta. Nema antigenih osobina. Pokusna doza je nepotrebna.

Ekstremno dobra tolerancija.

INDIKACIJE — za vrijeme trudnoće i dojenja  
— kad ishrana ne obezbjeđuje potrebne količine željeza  
— kod pomanjkanja željeza usljed krvarenja, menstruacija, povrede, kronična krvarenja  
— poslije operativnih zahvata  
— kod diareje  
— kod intestinalnih oboljenja

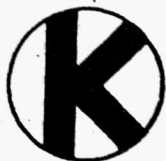
## ULCOSAN

- kut. sa 20 kes. à 4 g  
boce à 65 g.

je novo sredstvo koje predstavlja specifični lijek za tretiranje ulcusa i njim povezanih digestivnih smetnji

INDIKACIJE — ulcus duodeni  
— ulcus duodeni pepticum  
— gastro-intestinalne smetnje

Proizvodi: »BOSNALIJEK« — SARAJEVO



## BECYCLIN

## BECYCLIN

— širokospektralni tetraciklinski antibiotik s vitamini-  
ma B-grupe.

### Sastav:

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| Chlortetracyclini<br>hydrochloridum | 0,24 g   |
| Aneurini hydrochloridum             | 0,004 g  |
| Riboflavinum                        | 0,005 g  |
| Pyridoxini hydrochloridum           | 0,002 g  |
| Cyanocobalaminum                    | 0,001 mg |
| Nicotinamidum                       | 0,025 g  |
| Calcii pantothenas                  | 0,005 g  |
| Acidum para-aminobenzoicum          | 0,02 g   |

### Indikacije:

Unutrašnje bolesti: razne pneumonije, plućni apscesi,  
inificirane bronhiektazije, holecistitis, holangitis,  
pijelitis, endokarditis itd.

zarazne bolesti: psitakoza, povratna groznica, Q-grozni-  
ca, pjegavac, leptospiroze, Bangova bolest, tulare-  
mija, hripavac itd.

kirurške bolesti: apscesi, flegmone, osteomijelitis itd.  
otorinolaringološke bolesti: upala srednjeg uha,  
sinuzitis itd.

ženske bolesti: septički abortus, endometritis itd.  
kožne i spolne bolesti: furunkuloza, impetigo,  
gonoreja itd.

### Doziranje:

ODRASLI I DJECA IZNAD 12 GODINA:  
dnevna doza obično iznosi 4—8 kaps. (= 1 do 2 g),  
može se povisiti do 12 kaps. (= 3 g)

#### DJECA:

20—40 mg/kg tjelesne težine a najviše 60 mg/kg  
tjelesne težine

Obično se uzima svakih 4—6 časova poslije jela sa  
dosta tekućine.

### Oprema:

bočice po 16 kaps.

KRKA — TOVARNA ZDRAVIL, NOVO MESTO

A M

kap

Antib

patog

tamir

porer

ovog

podez

Indik

respi

la, t

mato

OL

dra

Fiziol

mina

Indik

piju

su p

TE

kap

Koml

Indik

umon

sinuz

Gastr

Infek

Profil

ginek



## AMBRAMYCIN »B«

### kapsule, suspenzija

Antibiotik sa širokim spektrom dejstva koje zahvata najveći broj opštih patogenih mikroorganizama. Dodatkom najvažnijih faktora kompleksa vitamina B Ambramycin-u, sprečava se nastupanje neželjenih efekata usled poremećaja saprofitne crevne flore moguće pri dužoj upotrebi većih doza ovog antibiotika. Zbog izvrsne podnošljivosti, Ambramycin B je naročito podesan za lečenje dugotrajnih infekcija.

Indikovano kod svih opštih infekcija i septičkih stanja, zatim kod infekcija: respiratornih organa, digestivnog trakta, žučnih puteva, urogenitalnog trakta, te pri infekcijama u hirurgiji, otorinolaringologiji, oftalmologiji, dermatovenerologiji i ginekologiji.

## OLIGOVIT

### dražeje

Fiziološki uravnotežene kombinacije hidrosolubilnih i liposolubilnih vitamina sa oligometalima.

Indikovano u pedijatriji, hematologiji, gerontologiji, za substitucionu terapiju u stanjima neadekvatne ishrane i patološkim poremećajima u kojima su potrebe organizma za vitaminima i mineralnim solima povećale.

## TETRABIOCIN

### kapsule

Kombinacija novobiocina i tetraciklina sa vitaminima.

Indikovano kod infekcija prouzrokovanih rezistentnim stafilokokama. Pneumonija i bronhopneumonija, apscesa pluća, empijema. Otitis, mastoiditis, sinuzitis, tonzilitis itd. Peritonitis, apscesa, flegmona, inficiranih rana i dr. Gastrointestinalnih infekcija.

Infekcija mokraćnih puteva.

Profilaktički, kod svih postoperativnih infekcija u hirurgiji, akušerstvu, ginekologiji itd.



# GALENIKA

FARMACEUTSKO-HEMIJSKA INDUSTRIJA BEOGRAD

## **DISTOFEN**

### **dražeje**

Kombinovani preparat koji deluje na vegetativni i centralni nervni sistem. Deprimira efekte koji zavise od vegetativnog nervnog sistema. Deluje umirujuće na centralni nervni sistem:

Indikovani kod:

Neurotičkih tegoba, neurovegetativnih distonija

Arterijskih hipertenzija, klimakteričkih tegoba

Srčanih neuroza bez organskih oštećenja

Poremećaja motorike digestivnog trakta.

## **NYAZIN**

### **tablete**

Psihostimulans.

Mehanizam antidepresivnog dejstva Nyazin-a zasniva se na inhibiciji mono-amino-oksidge i na stimulanju centralnog nervnog sistema povećavajući količinu noradrenalina i 5-hidroksitriptamina.

Nyazin antagonizuje trankilizantno dejstvo rezerpina, ne oštećuje jetru i ne izaziva pojavu ortostatske hipotenzije.

Indikovani kod svih vrsta depresivnih stanja.

Mentalne zaostalosti. Angine pektoris.

Kod hroničnih bolesti praćenih teškim upornim bolovima.

## **RIFOCIN**

### **ampule**

Antibiotik snažnog antibakterijskog dejstva koje zahvata prvenstveno Gram pozitivne koke, uključujući i sojeve rezistentne prema drugim antibiotcima, kao i *Mycobacterium tuberculosis*.

Posebna odlika Rifocin-a je da se izlučuje u žuči, u koncentracijama koje efikasno inhibišu Gram pozitivne i Gram negativne mikroorganizme.

Indikovani kod:

Infekcija kože i mekih tkiva izazvanih stafilokokama.

Infekcija žučnih puteva.

Pneumonija i empijema.

Lokalno za lečenje piogenih infekcija ili specifičnih tuberkuloznih lezija (intrakavitarna i intrabronhijalna instilacija, empijem, ulceracija, fistula).



# **GALENIKA**

**FARMACEUTSKO-HEMIJSKA INDUSTRIJA BEOGRAD**