

dulje vremena perzistentni, bez tendencije ka regresiji (20 mjeseci, 16 mjeseci i jednu godinu). Mi smo zamolili našu bolesnicu, da nas o eventualnim promjenama izvijesti.

Inače je komplikacija bezazlene prirode, tek — prema slučaju — više ili manje nakazi izgled.

LITERATURA:

Dujmušić: Operativna torakoskopija, 1946. — **Haurion-Bouvrain-Roche:** Revue de la tuberculose, 1942. — **Hinault-Coury-Combet:** Revue de la tuberculose, 1944. — **Secousse-Fréour:** Revue de la tuberculose, 1944/1945.

Dr. Nikolić Vlada:

O LEČENJU SRČANIH BOLESNIKA I OCENI NJIHOVE RADNE SPOSOBNOSTI

Bolesti srca i krvotoka još u vremenu pre rata, a naročito posle njega, skreću sve više pažnju medicinskih krugova na sebe i postaju pored medicinskog i socijalni problem. Zbog toga smo mišljenja, da neće biti bez interesa, ako lečenju srčanih bolesti posvetimo ovaj rad.

Ali tema o terapiji srčanih bolesnika toliko je obimna, da je vremenski i tehnički nemoguće u okviru jednog rada kao što je ovaj obuhvatiti sve što je od značaja za nas lekare i što bi bilo i korisno i interesantno o tome reći.

Prema tome ostaje jedina mogućnost da, u glavnim potezima, iznesemo ono što je najbitnije i što predstavlja osnovu srčane terapije, ne ulazeći detaljno u opisivanje terapije pojedinih srčanih i vaskularnih oboljenja.

Zbog toga smatramo da ćemo najbolje učiniti, ako temu obradimo sa jednog praktičnog gledišta, koje bi na prvom mestu zadovoljilo nas lekare praktičare u opštoj praksi socijalnog osiguranja. U tom cilju zadržaćemo se u svom izlaganju na onim metodama lečenja koje su nama dostupne, a koje pravilno i na vreme primenjene, moraju biti od koristi kako bolesniku tako i našem lekarskom renomeu te i samom socijalnom osiguranju, jer će te metode lečenja dati najbolji efekat za najkraće vreme i sa najmanje materijalnih izdataka.

I ako smo već napomenuli da ćemo se u svome izlaganju držati onoga što je osnovno, ipak držimo da je potrebno i korisno ondje, gde će samo izlaganje zahtevati, da iznesemo pojedine momente iz simpto-

matologije, farmakologije i fiziopatologije srčanih oboljenja, jedino sa ciljem, da bi se jasnije uočile pojedine terapijske indikacije.

Kada se lekaru obrati bolesnik sa subjektivnim tegobama od strane srca prvo i najvažnije pitanje, koje ima lekar da reši, jeste: Da li se pred njim nalazi bolesnik sa organskom srčanom manom t. j. pravi srčani bolesnik, ili kardiovaskularni neurotičar?

I ako bi se možda očekivalo da bolesnici sa organskim manama srca treba da pruže lekaru više podataka o svojim subjektivnim tegobama, to u najvećem broju slučajeva ne biva. Naprotiv! Pravi srčani bolesnici veoma su skromni u svojim tužbama na subjektivne tegobe. Međutim, kardiovaskularni neurotičari dolaze sa čitavom hrpom žalbi o svojim subjektivnim tegobama koje su, ne samo mnogobrojne nego i vrlo raznolike, tako da pružaju vrlo neizrazitu sliku o tome šta je to, što njima upravo najviše smeta.

Savestan i detaljan pregled može vrlo brzo da razbistri situaciju, jer objektivni nalaz na srcu, ili vaskularnom aparatu, ili na obojima nije bez patoloških promena kod pravih srčanih bolesnika. Međutim, kod kardiovaskularnih neurasteničara objektivni nalaz je: ili potpuno normalan, ili sa vrlo neznatnim promenama u patološkom pogledu što se srca i krvotoka tiče.

Već iz ovih činjenica može se naslutiti da, deleći srčane bolesnike u takve sa organskim i takve bez organskih promena na srcu i krvotoku, sama terapija mora biti različita za svaku od ove dve velike grupe srčanih bolesnika.

Ali sem ovih osnovnih načela, prilazeći lečenju srčanih bolesnika, moramo imati u vidu još jednu vrlo važnu činjenicu, a ta je: Pravac i način terapije srčanih bolesnika, ima se uglavnom podešavati prema tome, da li i ukoliko dotično organsko oboljenje srca povlači za sobom i funkcionalni poremećaj krvotoka.

Kardio-vaskularne neuroze su takva oboljenja, gdje postoje poremećaji inervacije srca i srčanih sudova, praćeni nenormalnim subjektivnim tegobama, ali bez funkcionalnih poremećaja opšteg krvotoka. U ovu grupu oboljenja spadaju mnoge bolesti. Navešćemo samo nekoliko najčešćih: Paroksizmalna tahikardija, ekstrasistolija, angioneurotični edem, neurosis cordis i t. d. Istina i ove bolesti mogu neki put imati kao bazu izvesna organska oštećenja bilo srca, bilo krvnih sudova. Svako od pobrojanih oboljenja jeste oboljenje za sebe i ima svoju specijalnu terapiju. Pojedinačno opisivanje terapije kod svakog od pobrojanih oboljenja zahtevalo bi mnogo vremena, a nebi ni odgovaralo cilju koji je u obradi ovog rada postavljen. Toj temi morao bi se posvetiti zaseban

rad. Ali zadržaćemo se na kratkom opisu i terapiji jednog oboljenja iz ove grupe, koje naročito često srećemo. To je oboljenje: *neurosis cordis*. Ono se najčešće viđa kod osoba sa neurastenijom, histerijom, labilnim neurovegetativnim sistemom, ili nastaje kao reflektorna neuroza kod neuropata sa abnormalnim manifestacijama najjače izraženim u gastrointestinalnoj ili genitalnoj sferi.

Subjektivne tegobe ovakvih bolesnika veoma su raznolike i javljaju se u vidu neprijatnog osjećaja, toplinc, težinc, napetosti, talasanja, pritiska, lupanja pa čak i bolova u predelu srca.

Objektivno nalazimo: vazomotornu labilnost, emotivnu tahikardiju, respiratornu aritmiju (po nekad)i akcentuaciju II pulmonalnog tona. Ove se pojave javljaju ili pojedinačno, ili združene.

Kakva je terapija, u ovakovim slučajevima indicirana? Kao što je u definiciji kardiovaskularnih neuroza istaknuto u ovim slučajevima nema funkcionalnog poremećaja u opštem krvotoku. Prema tome, sa namerom da terapiju uputimo u kauzalnom pravcu, pribecićemo upotrebi sedativa i antispazmodika. Najpodesnije je u ovu svrhu prepisivati sledeće:

1. Tinkturae valerianae aether. 20—30 kapi 2—3 x dnevno ,ili
2. Mixturae bromatae 2—3 velike kašike dnevno, ili
3. Tinkturae valerianae aether. sa tinct. Belladonae āā 2—3 x dnevno 20—30 kapi, ili od specijaliteta:
4. Pasiflorine 2—3 kafene kašike dnevno.

Sem ove medikamentozne terapije kojoj je cilj da se dejstvuje na smirenje neurovegetativnog sistema, a specijalno u sferi kardiovaskularnoj, vrlo je važno regulisati normalan način života bolesnikovog. U tom cilju treba preporučiti bolesniku sledeće:

1. Da ukloni iz upotrebe sva sredstva koja draže nervni sistem kao: čaj, kafa, duhan i alkohol;
2. da sprovodi umerenu ishranu u pogledu kvaliteta i kvantiteta hrane;
3. da izbegava umni i telesni premor i
4. da sprovodi umerenost u seksualnom životu.

U slučajevima, gdje su manifestacije srčane i opšte neuroze prave jačom psihičkom, nervnom i telesnom izmorenošću, indicirano je dati ovakovim bolesnicima poštedu za kraće vreme.

Ako, uprkos pomnutim merama, opšte stanje i manifestacije na kardiovaskularnom aparatu ne pokazuju tendenciju ka smirenju, onda se treba obratiti neurologu i s njim u zajednici odrediti pravac daljeg lečenja.

U izvesnim slučajevima i to najčešće kod osoba sa simpatikotonijom i vagotonijom glavne subjektivne tegobe kardiovaskularnih neurotičara svode se isključivo na veoma neprijatan osećaj lupanja srca — palpitacije — koji se javlja posle ma i najmanjeg fizičkog i psihičkog naprezanja, ili kao emotivni refleks posle uzbuđenja, bola, straha i t. d.

Lečenje ovih palpitacija jeste u stvari lečenje simpaticotonije ili vagotonije. Kod bolesnika gdje su jasno izraženi znaci simpaticotonije kao: tahikardija, visok krvni pritisak, suva i bleđa koža, hladne noge i ruke, lak exophthalmu, sjajne oči, gastrična ahilija, lenja creva usled atonije crevne muskulature i t. d. davaćemo:

1. Acidum phenylaethylbarbituricum (Luminal, Gardenal, Sevcnal) u dozama od 0.02—0.05 g 1—2 puta dnevno ili

2. Acidum phenylaethylbarbituricum 0.05, Chinini muriatici 0.10 Camphorae monobromatae 0.30 u skrobnim kapsulama 2—3 x dnevno po 1 komad, ili od specijaliteta.

3. Spasmosedine Deglaude, koji je sličnog sastava kao i prethodna preskripcija, i to 1—2 pilule 3 x dnevno pre jela.

Međutim kod bolesnika kod kojih prevladaju znaci vagotonije kao: relativna bradikardija, respiratorna aritmija, nizak krvni pritisak, jaka salivacija, znojave ruke i noge opstipacija uslijed spazma kolona i t. d. terapiju ćemo uputiti u pravcu smirivanja parasimpatikusa davanjem sledećih medikamenata:

1. Tincture Belladonnae 20—30 kapi 3 x dnevno, ili

2. Ephetonin tablete à 0.05 g 1—2 puta dnevno po 1 kom, ili

3. Extractum Belladonnae $\frac{1}{4}$ mg Acid. phenylaethylbarbituricum 0.05 g 3 x dnevno po 1 prašak; od specijaliteta.

4. Belladenal 3 x dnevno po 1 tabl. pre jela.

Još u prvim pasusima istaknuta je činjenica o podeli srčanih bolesnika na takve sa i takve bez organskih promena na srcu i krvotoku. Razlog za ovu podelu nije šematske prirode. Praktični značaj ove podele leži u konstataciji: Da bolesti srca bez organskih promena skoro nikada ne prave poremećaje u opštem krvotoku; međutim bolesti srca sa organskim promenama skoro uvek, pre ili posle, dovode do funkcionalnih poremećaja krvotoka. Ovi poremećaji sa svoje strane uslovljavaju pojavu čitavog niza patoloških promena, na raznim organima tela, a ove patološke promene kao takve dovode do teških poremećaja u celom organizmu. Prema tome terapija pravih srčanih bolesnika ne određuje se samo prema mestu anatomske lezije i etiologiji. Njihov je značaj u terapiji svakako vrlo veliki. Ono što srčanoj terapiji daje glavni oblik i pravac jeste u prvom redu funkcionalno stanje krvotoka. Drugim reči-

ma: terapija se upravlja prema tome da li je bolesnik u kompenzovanom, ili dekompenzovanom stanju.

U slučaju, da se bolesnik nalazi u kompenzovanom stanju, naša je dužnost da ovo stanje održimo što je moguće duže.

Pre svega, ovakvim bolesnicima potrebno je objasniti karakter njihove bolesti. Ali, istovremeno im treba predočiti: Da najviše od njih samih t. j. od njihovog načina života i čuvanja zavisi dalji tok njihove bolesti. Prema tome pravim srčanim bolesnicima u kompenzovanom stanju preporučujemo:

1. Umereno telesno zamaranje, pa prema tome i podesno zanimanje, koje će po mogućnosti iziskivati najmanje trošenje rezervnih snaga srca;

2. Podesnu ishranu sa čestim i malim obrocima lakovarljive hrane;

3. Umereno uzimanje sredstva koja štetno utiču, bilo na srce i krvotok, bilo na nervni sistem kao što su: alkohol, duhan, čaj, kava i t. d.;

4. umerenost u seksualnom životu;

5. kauzalnoj terapiji obraćamo najveću pažnju i upravićemo je, prema etiološkom momentu, lečenju reumatizma, luesa, nephritisa, uklanjanju gnojnih žarišta i t. d.;

6. Simptomatska terapija ne će nam zadavati mnogo truda, jer obično subjektivnih tegoba i nema, a vrlo često bolesnici nemaju ni pojma o svojoj organskoj manji i tek im lekar otkriva pravu situaciju.

Pošteda od posla obično nije potrebna, ali zato od velike je važnosti ovakve bolesnike često kontrolisati. Zato, što samo čestom i savesnom kontrolom možemo blagovremeno da otkrijemo znake nastupajuće dekompenzacije i da na vreme preduzmemo mere za njeno suzbijanje. Kao što vidite, terapija pravih i kompenzovanih srčanih bolesnika kreće se uglavnom u granicama higijensko-dijetetskih propisa i pod okriljem kontrole od strane lekara. Uspeh lečenja sa $\frac{2}{3}$ zavisi od svesti bolesnika da se određenih mu propisa i saveta lekarskih pridržava. Terapeutska uloga lekara je pasivnog i pedagoškog karaktera i svodi se na kontrolu evolucije bolesti i dužnost da uoči prve znake dekompenzacije.

Onoga momenta kada se pojave znaci dekompenzacije situacija se potpuno menja. Uloga bolesnika postaje pasivna, dok lekar tek tada počinje da razvija svoju terapeutsku aktivnost.

U kom će se pravcu terapeutska aktivnost upraviti, kojim sretstvima i kako dugo sprovoditi, sve to zavisi od stepena dekompenzacije.

Radi preglednijeg izlaganja podelićemo dekompenzovane srčane bolesnike u 3 grupe. Prvu grupu čine bolesnici sa znacima početne dekompenzacije. Drugu grupu bolesnici sa izraženom dekompenzacijom, a treću grupu bolesnici sa znacima krajnje dekompenzacije. Svaka od ovih

grupa ima svoje simptomatske i funkcionalno-patološke karakteristike i zahteva svaka za sebe specijalan način lečenja, koje ćemo pojedinačno opisati.

Pravi srčani bolesnici u stadiju početne dekompenzacije obično se žale na: lako gušenje posle naprezanja, lupanje srca i ubrzan puls posle bržeg hoda ili penjanja uz stepenice. Sem ovih tegoba, koje se direktno odnose na srce i krvotok, često se čuju žalbe na nesanicu, nesvestice, gastrointestinalne smetnje (podrigivanje, napetost u trbuhu zatvor) ili na anginozne tegobe sa parestezijama i bolovima u levoj ruci. Objektivno nalazimo, sem karakterističnih promena za dotično organsko oboljenje srca, još i sledeće dispnoe i tahipnoe posle zamora, tahikardija koja može biti stalna ili prolazna, ali u tom slučaju ipak traje duže nego fiziološka tahikardija posle zamora i naprezanja. Sem toga često vidimo nikturiju i lake edeme oko članaka nogu, koji noću obično izčeznu.

Dakle, dekompenzacija postoji. Prema tome moramo preduzeti mere za njeno što brže uklanjanje. Na koji način?

Najpre moramo bolesnika odstraniti od svakog fizičkog naprezanja. Znači: daćemo mu poštedu i postaraćemo se, da tu poštedu provodi, bar za prvo vreme ležeći u krevetu. Često puta ova jedina mera dovoljna je da, bar delimično, ukloni znake dekompenzacije.

Ondje gdje sam odmor nije u stanju da potpuno ukloni znake funkcionalnog poremećaja krvotoka pristupi ćemo i drugim merama:

U prvom redu pristupi ćemo blagoj terapiji digitalisom i to u malim dozama. Kako se ona sprovodi videt ćemo doznije.

Ali, sem digitalizacije bolesnika, važno je skrenuti mu pažnju na sve one propise, koje smo u lečenju kompenzovanih bolesnika naveli. Njih se mora bolesnik pridržavati kako za vreme aktivnog lečenja pod poštedom tako i u vremenu kad pođe na svoj redovni posao.

Smisao ovih mera i propisa leži u tome, da bolesnik jednom dekompenzovan, pa aktivnim lečenjem, vraćen u stanje kompenzacije održi ovo poslednje stanje što je moguće duže. Sem toga bolesnik jednom dekompenzovan ima mnogo manje šanse da lečenjem postignutu kompenzaciju održi tako dugo, kao bolesnik koji nije nijednom bio dekompenzovan. Isto tako treba imati u vidu, da svaka sledeća dekompenzacija uvek je teža i duže traje od svoje prehodnice.

Zbog svega toga kontrola dekompenzovanoga bolesnika ima još veći značaj, nego što je to bio slučaj kod kompenzovanog bolesnika.

Zato u sastav terapije spada kontrola bolesnika. Kauzalna terapija, prema etiologiji bolesti, i simptomatska terapija prema prirodi slučaja, moraju biti savesno i odgovarajućim sredstvima sprovedene.

Prema svemu izloženom, terapija pravih srčanih bolesnika u stadijumu početne dekompenzacije sastoji se iz sledećih mera:

1. odmor pod poštedom sa kratkim ležanjem u postelji,
2. digitalizacija malim dozama,
3. higijensko-dijetetski način života,
4. kauzalno i simptomatsko lečenje, i
5. česta i savesna kontrola.

Kod pravih srčanih bolesnika sa izražnom dekompenzacijom stvar stoji drugačije. Njihove subjektivne tegobe ne samo da su brojnije, nego su i teže.

Bolesnici se obično žale na gušenje ne samo pri naporima nego i u mirovanju. Sem toga postoji čest i dosta uporan kašalj koji bolesnicima naročito noću dosađuje i dovodi do nesаницe. Tegobe od strane srca su izraženije i javljaju se u vidu bolova, žiganja i tištanja u prekordijumu i to obično za vreme naprezanja, ali ponekad i u mirovanju. Među gastrointestinalnim smetnjama najčešće su: bol ispod desnog rebarnog luka ili u epigastrijumu, meteorizam i opstipacija. Objektivno nalazimo, sem karakterističnih promena na srcu, još i:

Dispnoju i tahipnoju i u miru i posle zamora. Stalnu tahikardiju, često združenu s aritmijom. Zatim, zastoje pojave, kao: zastojan bronhit, bazalnu kongestiju na plućima, ponekad transudat u pleuri. Osim toga, umeren otok jetre, albuminuriju, oliguriju, otok nogu i često umereno izraženu cijanozu.

Kao što vidite, uslovi za održavanje normalnog krvotoka znatno su poremećeni i komplikovani raznim patološkim pojavama, kako na samom srcu tako i na vaskularnom aparatu, odnosno i na svima onim organima, koji su prema nastalim promenama osetljivi.

I ovdje, kao i kod slučajeva sa početnom dekompenzacijom, glavni je cilj ukloniti što pre insuficijenciju srca i krvotoka i dovesti bolesnika što pre u stanje kompenzacije.

Pošto su patološke promene teže i brojnije to i vremenski i tehnički biće teže da se dođe do željenog rezultata.

Da bi se cilj postigao ipak, što brže i što potpunije, važno je imati sa načelnog gledišta sledeće u vidu:

Terapija mora biti sprovedena na taj način da se u prvom redu uklone smetnje i patološke pojave, koje uslovljavaju održavanje i dalju evoluciju dekompenzacije. Da li će te prve hitne mere biti upravljene pretežno u smislu kardiotonične, ili pretežno u smislu vasotonične terapije, ili pak istovremeno u oba pravca zavisi od:

1. Stepena funkcionalnog poremećaja, krvotoka,

2. Mesta anatomske lezije, i

3. Etiologije bolesti.

Stvar je umešnosti lekara da točno odmeri sve nabrojane činioce i krene pravim putem. Radi lakšeg snalaženja u ovakovim slučajevima, i radi pravilnog postupanja u pogledu terapijskih indikacija, potrebno je ipak pridržavati se izvesnog plana, premda svako šematiziranje terapije nosi u sebi izvesne negativne elemente.

Da bi terapiju sprovodili racionalno na bazi logične uzajamnosti između nje i nastalih funkcionalnih poremećaja krvotoka, potrebno je da osvežimo u sećanju izvesne momente iz fiziopatologije srca.

Na prvom mestu da razmotrimo pitanje: Kako dolazi do insuficijencije srca, što povlači za sobom dekompenzaciju kardiovaskularnog aparata ?

Srce može postati insuficijentno iz raznih uzroka. Uzroci mogu ležati u samom srcu, intrakardijalni uzroci; ili leže van srca, ekstrakardijalni uzroci. Među najčešće intrakardijalne uzroke spadaju:

1. Akutni miokardit, sa naknadnim degenerativnim promjenama na srčanom mišiću u toku izvesnih infektivnih bolesti kao što su Diphtheria i Typhus abdominalis.

2. Valvularne mane, kao posledica reumatičnih, luetičnih i skarlatioznih infekcija.

3. Aritimije, kao posledica oštećenja neuromišićnog specifičnog sprovodnog sistema.

4. Koronarna insuficientia, kao posledica angiospastičnih, aterosklerotičnih, ili luetičnih promena na koronarnim sudovima.

Najčešći ekstrakardijalni uzroci koji dovode do oštećenja miokarda, ili koronarnih sudova, odnosno opšteg vaskularnog aparata jesu:

1. Nephritis chronica i Nephroskleroza.

2. Arterialna hipertenzija (esentialnog tipa).

3. Morbus Basedowi.

4. Adipositas.

5. Intoksikacije endogene i eksogene, kao i fizični napori.

6. Hronična plućna oboljenja kao: Emphysem, Bronchiectasiae, Tbc. pulmonum i t. d.

Mehanizam dejstva pobrojanih uzroka na samo srce veoma je različit i komplikovan. Njegovo detaljno opisivanje zahtevalo bi mnogo vremena. Zajedničko je svim tim uzrocima, da u krajnjoj liniji, ali raznim putevima, dovode do poremećaja u metabolizmu miokarda. Ovim poremećajem metabolizma miokard gubi, u prvo vreme malo a potom sve više, od korisnog efekta u svom radu. Na taj način dolazi do nesra-

zmere između zadatka koji miokard ima da izvrši i njegove moći da taj zadatak obavi. Mehanizam intrakardijalnog i ekstrakardijalnog krvotoka biva poremećen. Napori za srce postaju sve veći. Srce se trudi da nastale prepreke savlada, ne povećavajući pritisak arterijalnom sistemu i to na račun svojih rezervnih snaga.

Srce najpre pokušava da povećanjem dijastole t. j. jačim širenjem obuhvati veći volumen krvi i tako kompenzira poremećeni krvotok.

Na taj način dolazi vremenom do tonogene dilatacije srca.

Posledica ove dilatacije jeste, posle izvesnog vremena, popuštanje snage miokarda što dovodi do miogene dilatacije srca koja poremećeni krvotok još više pogoršava. Ali srce ne napušta borbu.

Ono pokušava ubrzanim radom da održi minutni volumen t. j. da sa više sistola u istoj jedinici vremena ubaci u krvotok potrebnu količinu krvi; tako dolazi do tahikardije.

Najzad, kad i ova mera ostane bez efekta, srce pokušava da povećanjem plazme čelija miokarda poveća svoju apsolutnu snagu te tako dolazi do hipertrofije srca.

Rezervne snage srca iscrpljene su onda kad dilatacija dostigne svoj optimum, a hipertrofija svoj maksimum. Ako se do tada stanje u krvotoku ne popravi srce gubi bitku. Ono ostaje insuficijentno i to povlači dekompenzaciju krvotoka za sobom.

Iz do sada izloženog može se izvesti zaključak: Uzrok dekompenzaciji krvotoka jeste insuficijentno srce koje je delimično, ili pretežno iscrpilo svoje rezervne snage. Prema tome, da bi postigli glavni cilj u lečenju dekompenzovanih srčanih bolesnika t. j. da bi uklonili dekompenzaciju, moramo što pre početi sa kardiotioničnom terapijom koja će svojim dejstvom da poveća apsolutnu snagu miokarda i na taj način da stvori uslove za odklanjanje dekompenzacije krvotoka.

Kojim se sretstvima sprovodi kardiotionična terapija?

Ta su sretstva lekovi koje nazivamo opštim imenom: kardiotionika. Među najpoznatije spadaju glikozidi iz biljaka: Digitalis, Strophanthus Helleborus, Folia Oleandri, Scilla maritima, Herba Convalariae majalis, Herba Adonis vernalis i t. d.

Da bi kardiotionična sretstva pravilno upotreбили potrebno je — poznavati njihova svojstva i dejstvo na srce. U tom cilju iznećemo u najkraćim potezima glavnije pasuse iz farmakologije glikozida u najvažnijim od navedenih biljaka.

Glikozidi o kojima je reč, dele se, prema svome dejstvu na srce i prema terapeutskoj primeni, na nekoliko grupa.

U prvu grupu spadaju glikozidi biljaka *Digitalis purpurea* i *Digitalis lanata*. Oni deluju na sistolu i dijastolu miokarda, na vagus i na sprovodni neuromišićni sistem.

U drugu grupu spadaju glikozidi iz biljaka *Strophantus Kombè*, *Strophantus hispidus* i *Strophandus gratus*. Oni dejstvuju pretežno na sistolu miokarda i to vrlo snažno, dok na vagus deluju znatno slabije.

U treću grupu spadaju glikozidi iz biljke *Helleborus*, koji dejstvuju izključivo na sistolu miokarda, a na vagus ni malo.

Najzad, u četvrtu grupu spadaju glikozidi iz ostalih pobrojanih biljaka. Oni imaju slično dejstvo na srce kao glikozidi prethodnih grupa, ali u mnogo slabijem stepenu. Njihova upotreba u kardiotioničnoj terapiji svodi se samo na one slučajeve, gdje se želi blago dejstvo na srce, ili se daju kao supstituciona sretstva u pauzama posle upotrebe glikozida iz ranijih grupa i to kad se želi da se tonizirajuća terapija srca ne prekida.

Prema izloženoj podeli glikozida vidi se da među najaktivnije spadaju: *Digitalis*, *Strophantin* i glikozid iz biljke *Helleborus*, poznat u prodaji pod imenom *Hellborsid*. O svakom od ovih reći ćemo ono što je sa farmakološkog i terapeutskog gledišta najvažnije.

I. *Digitalis* se dobija iz lišća biljaka *Digitalis purpurea* i *Digitalis lanata*. Ove biljke sadrže u sebi delotvorne supstance-glikozide i balastne materije — Sapoglikozida koji su bez dejstva na srce. Lišće *Digitalis purpureae* sadrži od glikozida: ili *Digitoxin*, ili *Gitalin*, ili oboje. Lišće *Digitalis lanate* sadrži sva tri glikozida t. j. *Digitoxin*, *Digitalin* i *Gitalin*. Najefkasniji od sva tri glikozida je *Digitoxin*.

Lišće *Digitalis purpureae* kao i njeni preparati, od kojih su najpoznatiji *Digalen*, *Digipurat*, *Digifolin*, *Digitaline Nativelle* i *Digitalis dispert*, dejstvuju na srce sporo i duže. Lišće *Digitalis lanate* kao i njeni preparati, od kojih su najpoznatiji *Digilanid*, *Pandogal*, *Lanaclarin* i *Adigan*, dejstvuje na srce mnogo brže, ali i kraće vreme, jer se brže izlučuju t. j. slabije fiksiraju za miokard.

Dejstvo *Digitalisa* na srce ogleda se u sledećem:

I. U terapeutskoj fazi: sistola biva snažnija i potpunija; dijastola dublja i izdašnija. Puls se usporava pod depresivnim dejstvom na sinus. Sprovodljivost kroz neuromišićni sistem se smanjuje. Krvotok u koronarnim sudovima se poboljšava. Terapeutsko dejstvo počinje 2—4 časa iza intravenozne inekcije, a puno dejstvo se ogleda tek poslije 24 časa. Ono se simptomatološki manifestuje u smirenju i regulisanju ritma pulsa, smanjenju dispnoe i iščezavanju zastojnih pojava — bar delomično.

2. U toksičnoj fazi: Produžuje se atrioventrikularni interval. Pojavljaju se ekstrasistole i bigeminija. Dolazi do atrioventrikularnog bloka, fibrilacije pretkomora i komora i najzad do prestanka srčanog rada i nepotpunoj sistoli. Simptomatološki toksično dejstvo Digitalisa manifestuje se u: jakoj bradikardiji, aritmiji (ekstra sistole, bigeminia), gađenju, povraćanju i kliničkim znacima atroventrikularnog bloka.

Uslov za terapeutsko delovanje Digitalisa na srce jeste:

Dekompenzacija krvotoka usled insuficijentnog srca, koje već troši svoje rezervne snage; drugim rečima: dilatacija, tahikardija i hipertrofija. Ali kao što zdravo srce ne reagira na Digitalis, jer ne ispunjava navedene uslove, tako i krajne dekompenzovano, odnosno insuficijentno srce, ne reagira na Digitalis. U ovom slučaju, ne zato, što ne ispunjava pomenute uslove, nego zato što je miokard toliko oštećen da je postao preosetljiv za Digitalis, te reaguje znacima toksičnosti još odmah u početku i kod sasvim malih doza Digitalisa. Izgleda da sam Digitalis stvara u preterano oštećenom miokardu izvesne toksine koji srčani mišić čine preosetljivim za Digitalis.

Glavne indikacije za primenu Digitalisa jesu:

1. Mitralne mane sa hipertrofijom i dilatacijom srca i stazom u venском krvotoku, ali u stadijumu umereno izražene dekompenzacije.
2. Arterijalna hipertenzija i aortalne mane opet u stadijumu umereno izražene dekompenzacije.
3. Kronične miopatije također u stadijumu umerene dekompenzacije.

Glavne kontraindikacije za primenu Digitalisa jesu:

1. Mitralne mane, arterijalna hipertenzija, aortalne mane i hronične miopatije u stadijumu jako izražene dekompenzacije gde, kao što je rečeno usled jakog oštećenja miokarda dolazi do toksičnih pojava i posle malih doza.
2. Akutna insuficijencija levog srca kod Anginae pectoris i Oedema pulmonum. Zatim, srčana asistolija zbog naglog širenja obiju komora kao što je slučaj kod infarkta miokarda. Razlog za kontraindikaciju leži u sporom delovanju Digitalisa, dok međutim pomenuta oboljenja zahtevaju što bržu tonizaciju miokarda.

Kako treba dozirati Digitalis i kako ga dugo treba davati? Dati precizan i za sve slučajeve pogodan odgovor skoro je nemoguće. Ali radi preglednijeg snalaženja u praktičnoj terapiji moramo i ovdje pribeći izvesnom šematiziranju.

Dužnost je lekara da ne podležne nedostacima šematizacije i da, u granicama ličnog iskustva, podesi individualiziranje terapije prema uslovima koje svaki pojedini srčani bolesnik pruža.

Sa čisto praktičnog gledišta treba terapiju podesiti ovako:

1. U slučajevima početne dekompenzacije i ondje, gdje je kompenzacija ranijim lečenjem već uspostavljena pa se želi njeno održavanje, treba po Wenckebachu davati Digitalis na sledeći način:

a) Pulvis foliorum Digitalis 0,2 gr. 1 x dnevno svaki drugi dan kroz duže vreme; ili

b) Pulvis foliorum Digitalis 0.05 gr. 2 x dnevno svakog drugog dana kroz deset do petnajst dana sa isto tolikom pauzom i to kroz nekoliko meseci.

2. U slučajevima izražene dekompenzacije treba davati odmah u početku dovoljne doze. Od malih doza Digitalisa ne samo da nema povoljnog terapeutskog efekta, nego može biti i štete, pošto male doze ne deluju na insuficijentno srce pa se stanje dekompenzacije i dalje pogoršava. Zbog toga najbolje je postupati ovako, t. j. treba ordinirati:

a) Pulvis foliorum Digitalis 0.10 gr. 3 x dnevno do ukupne doze od 2 grama Digitalisa t. j. 6—7 dana uzastopce.

b) Iza ovog sleduje pauza od 10—14 dana.

c) A zatim davati Pulvis foliorum Digitalis 0.05 gr. dva puta dnevno do ukupne doze od 1—1,5 gr. digitalisa, t. j. 8—11 dana uzastopce.

Posle ovakvog tretiranja kompenzacija se obično uspostavlja te zatim dolazi u obzir način davanja, koji je naveden za održavanje kompenzacije.

Vaquez, koji upotrebljava Digitaline Nativelle, preporučuje za slučajeve izražene dekompenzacije sledeću šemu:

1. dana 20 kapi Digitalisa Nativelle samo ujutru

2. dana 20 kapi „ „ „ „

3. dana 10 kapi „ „ „ „

4. dana 10 kapi „ „ „ „

t. j. ukupno za 4 dana 60 kapi Digitaline Nativelle što iznosi nešto preko 1 mg. čistog Digitoxina koji je glavni sastojak Digitaline Nativelle. Iza ovoga sledi pauza od 15 dana pa, prema potrebi, ponoviti istu kuru još jedanput.

U terapiji Digitalisom često se postavlja pitanje: U kojoj je formi najpodesnije prepisivati ga? Teško je dati opšte zadovoljavajući odgovor. Ali, ako se imaju u vidu izvesne fiziološke činjenice i ekonomski efekat preskripcije, može se ipak naći donekle zadovoljavajuće rešenje. Od Digitalisovih glikozida Digitoxin se rastvara u alkoholu, Digitalin i Gitalin u vodi. Prema tome, Tinctura Digitalis sadrži uglavnom Digitoxin, koje stomačni sok ne razgrađuje. Infusum Digitalis sadrži Digitalin i Gitalin, koje stomačni sok dekomponuje. Prašak Digitalisovog

lišća sadrži sva tri glikozida (*Digitalis lanata*), ali njihova resorpcija počinje tek onda, kada digestivni sokovi razore celuloznu opnu lišća. Preparati Digitalisa odlikuju se time da su oslobođeni balastnih materija.

Ako sad razmotrimo pitanje preskripcije možemo doći do sledećeg zaključka:

Tinctura i Infusum nisu podesni, jer ne sadrže sve glikozide te je i terapijski efekat nedovoljan.

Preparati imaju prednost u pogledu sadržine čistih glikozida i tačnog doziranja, ali su srazmerno skupi.

Međutim, prašak Digitalisovog lišća ako je titriran ispunjava praktično sve uslove, jer:

1. Sadrži sve glikozide.
2. Razaranje glikozida u želucu sprečeno je donekle celuloznom opnom lišća.
3. Resorpcija glikozida je nešto usporena zbog celulozne opne, ali podesnim doziranjem može se regulisati
4. Preskripcija je jeftina i uzimanje podesno.
5. Prigovori da se glikozidi iz praška ne resorbuju dobro usled staze u digestivnom traktu, praktično su bez značaja, jer takvi slučajevi i ne predstavljaju indikaciju za davanje Digitalisa, već za Strophantin. Prema svemu tome prašku ipak treba dati prednost.

Često se čuju izrazi: male, srednje, velike i masivne doze Digitalisa. U odnosu na Pulvis filiorum Digitalis titrata, one izgledaju ovako:

1. Male doze: Pulvis foliorum Digitalis titrata 0.05 gr. 1—2 x dnevno.
 2. Srednje doze: Pulvis foliorum Digitalis titrata 0.05 gr. 3 x dnevno, ili Pulvis foliorum Digitalis titrata 0.10 gr. 2 x dnevno.
 3. Velike doze: Pulvis foliorum Digitalis titrata 0.10 gr. 3 x dnevno.
 4. Masivne doze: Pulvis foliorum Digit. titrata 0.5 g 1 x dnevno.
- Masivne doze nisu kod nas u upotrebi, ali u Americi imaju pristalica.

II. Strophantin je glikozid iz afričke biljke *Strophantus*. Kako tih biljaka ima više vrsta, to i strophantina ima raznih. Najpoznatiji su: Strophantin K (Kombetin) iz biljke *Strophantus Kombé* i Strophantin G (Ouabaine) iz biljke *Strophantus gratus*.

Strophantin deluje na srce u terapijskoj dozi slično Digitalisu i to poglavito fiksirajući se direktno na miokard, pri čemu sistola biva snažnija i potpunija. Za razliku od Digitalisa on deluje na insuficijentno srce i ako ne postoji hipertrofija. Sem toga, dejstvo na vagus je znatno manje. Važno je, da terapijska faza je mnogo veća kod Stro-

phantina nego kod Digitalisa. Drugim rečima; Tolerancija jako oštećenog miokarda prema Strophantinu je mnogo veća nego prema Digitalisu. Dejstvo Strophantina je brže i kraće nego kod Digitalisa. Dejstvo traje 24 časa. Znači, slabije se fiksira za miokard nego Digitalis, te zato biva brže eliminisan.

Principijelno Strophantin se daje u onim slučajevima, gdje se želi da postigne brže tonizirajuće dejstvo na miokard. Sem toga, i ondje gdje nisu ispunjeni uslovi za dejstvo Digitalisa, a ima potrebe za kardiotioničnom terapijom.

Prema tome, glavne indikacije za davanje Strophantusa jesu:

1. Akutna slabost miokarda kod Anginae pectoris i Oedema pulmonum.

2. Aortalne mane sa jako izraženom dekompenzacijom.

3. Srčane insuficijencije bez hipertrofije i dilatacije miokarda kod koronarne skleroze, infarcta miocarda i Miokardidisa u akutnoj formi nastalog u toku neke infektivne bolesti.

4. Myopathia cordis chronica u jače dekompenzovanom stanju, nastala usled debljine, Morbus Basedow, ili kod drugog uzroka.

5. Mitralni vitium u jako dekompenzovanom stanju.

Digitalis u ovakovim slučajevima ne deluje povoljno. Prvo, zbog jakog oštećenja miokarda, a drugo, zbog nepovoljnih uslova za resorpciju, usled jake venozne staze.

Strophantin se daje u terapeutske svrhe u dozama od $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ mgr. pro dosi i pro die. Aplicira se intravenozno, čist ili pomešan sa glikozom, odnosno sa kakvim vazotoničnim sretstvom, ako se želi istovremeno da sprovodi pored kardiotionične i vasotonična terapija.

Klinički znaci terapeuskog dejstva Strophantina jesu: iščezavanje tahikardije, dispnoe i zastojskih pojava.

Kako treba dozirati i sprovoditi strophantinsku terapiju?

Principijelno, daje se tako dugo, dok ne iščeznu znaci dekompenzacije, odnosno dok ne nastupe znaci toksičnog dejstva (bradikardija, gađenje, povraćanje).

Kod lakših oblika izražene dekompenzacije daje se obično 3 dana uzastopce po $\frac{1}{4}$ mg. Strophantina pa se potom prelazi na Digitalis.

Kod slučajeva koji su u zapuštenijem stanju često je potrebno dugo vremena davati svaki, svaki drugi, ili svaki treći dan po $\frac{1}{4}$ mg. Strophantina. Interesantna je činjenica: da, u koliko su slučajevi više zapušteni i u koliko je hipertrofija srca jače izražena t. j. srčana masa veća, u toliko se bolje podnose veće doze od $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$ mg. i to kroz duže vremena.

Da li se sme odmah posle Digitalisa preći na strofantinsku terapiju?

Po ovom pitanju nema opšte saglasnosti u mišljenjima. Ali u slučajevima, gde postoji jako izražena dekompenzacija usled mnogo oštećenog miokarda, veća je greška ne dati Strophantin nego dati. Samo, potrebno je vrlo oprezno početi sa doziranjem. Prvih dana treba davati samo po $\frac{1}{5}$ mg. pro dosi i pro die. Razlog za ovakovo postupanje leži u sledećem: Veću će štetu pretrpjeti srce i krvotok, ako se čeka na eliminaciju fiksiranog Digitalisa, nego ako se, uz pažljivo doziranje, odmah pređe na Strophantin.

Kontraindikacije za Strophantin jesu znaci toksičnosti kao: bradikardija, ekstrasistole, bigeminija, gađenje i povraćanje.

III. Hellborsid nije dovoljno uveden u terapiji srca premda mu, prema njegovim hemijskim i terapeutskim svojstvima, pripada jedno od prvih mesta. Hellborsid je patentirano ime za glikozid iz biljke Helleborus. On deluje na miokard neposredno i vrlo snažno sa izrazitim pojačavanjem sistole. Preko vagusa ne deluje uopšte ni malo na srce.

Indiciran je u svima onim slučajevima gdje je, usled prekomernog oštećenja miokarda, dejstvo Digitalisa i Strophantina bez efekta, a to je u krajnje dekompenzovanim slučajevima.

Aplicira se intravenozno, u dozama od $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ mg. Njegova terapeutska faza, u poređenju sa istom kod Digitalisa i Strophantina, jeste najveća; t. j. preosetljivost oštećenog miokarda prema njemu je najmanja.

Ako bacimo opšti pogled na dejstvo sva tri kardiotionična glikozida, koje oni proizvode na insuficijentno srce i dekompenzovani krvotok, zapazićemo da Digitalis, Strophantus i Hellborsid u terapeutskoj fazi:

1. Pojačavaju kontraktilitet miokarda.
2. Regulišu ritam srčanog rada.
3. Pojačavaju koronarni krvotok, ali pri svem tom,
4. Ne pojačavaju arterijski pritisak.

Ovo poslednje je od naročitog značaja. Kada bi bio obrnut slučaj t. j. kad bi oni povećavali arterijski pritisak, onda bi njihov kardiotionični efekat bio umanjen, jer bi srce imalo da savladuje novu prepreku: povećan arterijski pritisak.

Takvi lekovi međutim postoje. To su Coffein, Cardiazol, Adrenalin, Sympatol i t. d. Ova sretstva nisu čisti kardiotionici, nego sredina između kardio i vasotonika. Zbog toga je vrlo pogrešno, ako u slučajevima insuficijencije srca sa pojavama dekompenzacije krvotoka, upotrebljavamo ove lekove. Isto tako, u slučajevima insuficijencije srca sa

aritmijom, pogrešno je početi odmah sa davanjem Chinina ili Chinidina. Ova sretstva, pored povoljnog dejstva na regulisanje srčanog ritma, imaju depresivno dejstvo na kontraktilnost miokarda. Zbog toga, da se ne bi pravila slična greška, treba u ovakvim slučajevima prvo tonizirati srčani mišić Digitalisom pa tek onda preći na davanje Chinina ili Chinidina.

Ova šetnja kroz farmakologiju kardiotonika bila je malo duža. Ali ujedno smatramo, da smo, osveživši u sećanju sve opisane osobine navedenih kardiotonika, kao i indikacije i kontraindikacije za njihovu upotrebu, istovremeno pomenuli sve ono što predstavlja bazu srčane terapije.

Zbog toga nećemo imati nikakvih teškoća, da u pojedinostima razmotrimo plan kako treba lečiti pravog srčanog bolesnika u stadijumu jasno izražene dekompenzacije. Taj plan sastoji se u ovome:

1. Srčanom bolesniku sa izraženom dekompenzacijom potreban je pre svega potpuni mir u postelji. Već jednom je istaknut značaj odmora kod srčanih bolesnika. Sada možemo dodati: Skoro dve trećine uspeha u lečenju zavisi od striktnog mirovanja, jer se na taj način svodi trošenje rezervnih snaga srca na minimum.

2. Toniziranje srca, kao glavno sretstvo za uklanjanje dekompenzacije, sprovedićemo, imajući u vidu mesto anatomske lezije, etiologiju, i što je najglavnije veličinu funkcionalnog poremećenja krvotoka i stepen oštećenja miokarda — shodno principima koji su izloženi kada je bilo govora o indikacijama za primenu kardiotonika. Koliko dugo i kako često takođe je tamo rečeno.

3. Zastojne pojave predstavljaju mehaničku smetnju normalizovanju krvotoka i za mnogo procenata otežavaju rad već oštećenom miokardu. Ukoliko nije sama kardiotonična terapija već uklonila zastojne pojave, nama je dužnost da naročitim sretstvima i metodama to učinimo. U tom cilju upotrebićemo sretstva za pojačanje diureze, pomoću koje ćemo suvišnu vodu ukloniti iz tkiva i organa i umanjiti stazu u venskom krvotoku. Za pojačanje diureze služimo se davanjem lekova, per os ili parenteralno, iz grupe Theobromina kao što su Diuretin, Novophyllin, Tefamin i t. d. Ili pribegavamo sretstvima koja sadrže živine soli, kao Novurit, Salyrgan i t. d. Ove poslednje dajemo obično intravenozno sa glikozom. Da bi njihovo dejstvo pojačali, potrebno je 4—5 dana prije aplikacije živinih diuretika, početi sa davanjem Solutio Ammonii chlorati 10%, ili Solutio Ammonii bromati 10% 3—4—5 kaš. dnevno. Time se postizava jače zakišljenje tkiva, što pojačava dejstvo diuretika. Ili od preparata Diuramon pil.

4. Da bi potpomogli dejstvo medikamentozne terapije, važno je dekompenzovane bolesnike staviti na odgovarajuću dijetu, koja će omogućiti da rad gastrointestinalnog trakta ne ometa rad i oporavljenje kardiovaskularnog sistema. Glavni principi ishrane jesu:

- a) Obroci mali i česti,
- b) Hrana mlečno-vegetabilno-skrobna sa malo soli,
- c) Meso svesti na minimum — naročito kod albuminurije,
- d) Ograničiti unošenje tečnosti i
- e) Starati se za redovnu stolicu.

U izvesnim slučajevima bićemo primorani da učinimo još jača kvalitativna ograničenja te ćemo pribeći:

Carell-ovoj kuri, ili čisto voćnoj dijeti.

5. Kada su pojave dekompenzacije iščezle, dolaze na red, sem medikamentoznih i dijetalnih, i svi oni propisi koji su važni za održavanje kompenzacije, a koji se sastoje iz uputstava kako bolesnik treba da živi, čega da se kloni a čega da se pridržava kako u privatnom životu tako i u profesionalnom radu.

6. Kauzalna terapija, koja se podešava prema etiologiji bolesti, mora biti i ovdje sprovedena.

7. Najzad, kontrola bolesnika mora biti savesna i česta i to iz razloga, koji su navedeni ranije. Ako bacimo opšti pogled na terapiju izrazitih dekompenzovanih srčanih bolesnika, videćemo da je i ona vrlo jednostavna i lako izvodljiva ako se zna:

- a) Šta se hoće i mora prvo da učini.
- b) Kakvim sretstvima i koliko dugo, i
- c) Koja pomoćna sredstva treba upotrebiti

da bi se što pre i što bolje postigao glavni cilj, a to je uklanjanje dekompenzacije i održavanje postignute kompenzacije što je moguće duže.

Ostaje nam još da se pozabavimo trećom grupom pravih srčanih bolesnika, a to su oni u krajnjem stadijumu dekompenzacije.

Ovi bolesnici pružaju vrlo impresivnu sliku kako u pogledu subjektivnih tegoba, tako i u pogledu objektivnog nalaza.

Bolesnici se obično žale na stalno gušenje, koje je tako jako da im omogućava glavu da spuste na jastuk. Oni s toga provode dan i noć u sedećem stavu. Uporan kašalj smeta im pri najmanjem pokretu i govoru. Osećaj bola, stezanja i proboda u prekordijumu udružuje se s osećajem nepravilnog rada srca i nesnosnim bolovima u epigastrijumu, odnosno pod desnim rebarnim lukom. Opšta malaksalost, slab apetit, gađenje i napetost u truhu upotpunjuju bednu sliku njihovih tegoba.

Objektivno nalazimo, sem karakterističnog nalaza za dotično organsko oboljenje srca, jo ši sledeće: Dispou, tahipnou, tahikardiju, aritmiju apsolutnu, mck puls, venoznu stazu, plućnu kongestiju na bazama, transudate u pleuri ili peritoneumu, hepar cardiacum, jaku cijanozu, subikterus, jak otok nogu i anasarku u donjim delovima tela, jaku oliguriju ili nekad i anuriju, albuminuriju, cilinduriju i t. d.

Šta nam je dužnost u ovakovim slučajevima?

Pošto ovakvi bolesnici potrebuju lečenje i njegu, kakvu mi nismo u stanju da sprovedemo sretstvima i organizacijom lekarske službe u socijalnom osiguranju, naša je prva i jedina dužnost da ovakove bolesnike uputimo što pre na bolničko ili kliničko lečenje.

Na završetku izlaganja želimo da istaknemo sledeće:

1. Veliki procenat srčanih bolesnika moguće je lečiti ambulatorno u ordinacijama lekara za opštu praksu u socijalnom osiguranju.

2. Da bi se lečenje sprovedilo celishodno potrebno je ustrojiti kartoteku srčanih bolesnika (slično kartoteci kod ftizeologa) kod svakog lekara opšte prakse, ili kod jednog koji bi se primio isključivo lečenja srčanih bolesnika.

3. Svakog srčanog bolesnika obavezno pozivati na kontrolu i o prema prirodi slučaja u manjim ili većim razmacima vremena.

4. Ovakovom organizacijom, lečenja i kontrole srčanih bolesnika imali bi više koristi i bolesnici i socijalno osiguranje. Bolesnici zbog toga, što bi im se uvek u pravom momentu pružila odgovarajuća efikasna pomoć. Socijalno osiguranje uštedilo bi znatne sume novaca, jer bi se izbeglo štetanje srčanih bolesnika od jednog do drugog lekara koji za sada nemaju mogućnosti da prate razvoj bolesti, niti da se obavešte o ranije preduzetim terapeutskim merama.

Ako bi se lečenje srčanih bolesnika stavilo na ovu bazu, zaista bi bilo lečenje tih bolesnika i delikatna i zanimljiva i blagodarna dužnost.

Pratiti srčanog bolesnika kroz sve faze zaista nije lako, ali zao ipak vrlo zanimljivo i potpuno u duhu humane uloge lekara.

Uzmimo na pr. lečenje dekompenzovanog srčanog bolesnika: Ti pratite iz dana u dan kako bolesnik (zahvaljujući merama koje celishodno sprovodite) oseća se sve bolje i bolje: Lakše diše. Mirno spava. Gubi otoke. Okrepljuje se. Jednom reči vi ga vraćate, iz onog teškog stanja dekompenzacije, u normalan život. Od bolesnika stvarate čoveka sposobnog za rad, koji će koristiti i sebi i porodici i društvu. Istina, ne ide uvek tako lako. Ali, neuspesi ne smeju da nas pokolebaju. Ono što je osnovno to je: da se svakom srčanom bolesniku lakom ili teškom merom

prići sa svom energijom, savesnošću i istrajnošću. Uspeh dolazi sam po sebi.

Ako na kraju posvetimo nekoliko redaka pitanju ocenjivanja radne sposobnosti srčanih bolesnika u zasebnom pasusu, to činimo samo pregladnosti radi, jer je ovo pitanje već u ranijem izlaganju dodirnuo.

Srčani bolesnici bez organskih promena na srcu razumljivo je, da su sposobni za rad, scm u onim slučajevima gde usled teških poremećaja u sferi centralnog ili vegetativnog nervnog sistema ti bolesnici kao nervni slučajevi, zaslužuju poštedu od posla.

Srčani bolesnici sa organskim promenama na srcu, ali u kompenzovanom stanju takođe se imaju smatrati sposobnim za posao i to: sve dotle dok se ne jave znaci dekompenzacije.

U slučajevima gde srećemo snake početne dekompenzacije treba odmah takvom bolesniku otvoriti bolovanje. Opravdanje za ovakav postupak imamo u učinku koji vrši mirovanje na dekompenzovanog srčanog bolesnika u terapeutskom pogledu. Naravno pošteda od posla neće biti duga i, ako se kontrola bolesnika sprovodi često i savesno, vrlo je lako odrediti dan kad se bolesnik ima smatrati toliko oporavljenim da mu se može odobriti rad.

Srčani bolesnici sa izraženom dekompenzacijom, ili u stepenu krajne dekompenzacije, po sebi je razumljivo da su potpuno nesposobni za rad sve dotle dok se u takvom stanju nalaze.

V I J E S T I

KONFERENCIJA ZAVODA ZA HIGIJENU RADA I PROFESIONALNA OBOLJENJA U SSSR

Još je koncem prošle godine održana u Moskvi u Zavodu higijene rada i profesionalnih oboljenja Akademije medicinskih nauka SSSR konferencija ravnatelja Zavoda za higijenu rada i profesionalna oboljenja iz Lenjingrada, Harkova, Kijeva, Gorkog, Sverdlovska i Tbilisa. Na toj su konferenciji bili prisutni i predstavnici Ministarstva za zaštitu zdravstva Saveza socijalističkih sovjetskih republika, Erismanova zavoda i Središnjeg laboratorija higijene i epidemiologije željezničkog transporta.

Na prvom je mjestu bio na ovoj konferenciji saslušan izvještaj profesora Smeľinskoga o planskom radu zavoda za higijenu rada i profesionalna oboljenja Akademije medicinskih nauka SSSR za 1946. godinu, kao i o pregledu planova perifernih zavoda higijene rada i profesorskih oboljenja. Na prijedlog zavoda za higijenu rada i profesionalna oboljenja Akademije medicinskih nauka SSSR donešene su odluke o kompleksnim problemima, koje imaju razraditi pojedini zavodi po suglasno donešenom programu. Među te probleme spadaju: 1. izučavanje sani-