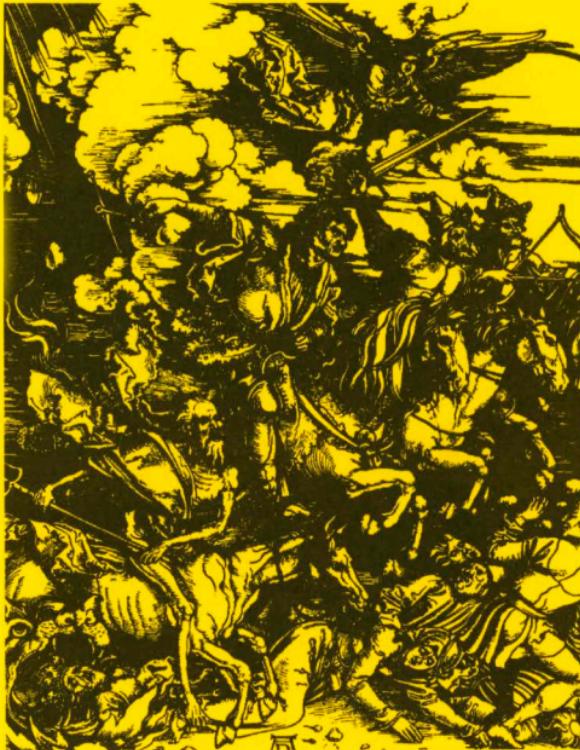


pest-posten

Nr. 1, 1999 - 5. årgang



MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN



Claforan®

cefotaxime

Hoechst Marion Roussel AS

P.O.Box 4471 Torshov, N-0403 OSLO

Sandakerveien 138

Phone +47 23 00 59 00

Fax +47 23 00 59 01

e-mail: post@hmrnorge.no

Hoechst ■

Hoechst Marion Roussel

The Pharmaceutical Company
of Hoechst

REDAKSJONEN:

• Ansværlig redaktør:

Oddbjørn Brubakk
Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål sykehus

• Medredaktør:

Arild Mæland
Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål Sykehus

• Redaksjonssekretær:

Jon Birger Haug
Medisinsk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad

• Annonsesjef:

Eivind Ragnhildstveit
Mikrobiologisk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad

• Regionsmedarbeidere:

(Ny Østlandsmedarbeider
er p.t. under vurdering)

Stig Harthug

Medisinsk avdeling,
Haukeland Sykehus

Bjørg Viggen

Medisinsk avdeling,
Regionsykehuset i Trondheim

Lars Vorland

Mikrobiologisk avdeling,
Regionsykehuset i Tromsø

INNHOLD :

Redaksjonelt	s. 4
Vårmøte NFIM 1999	s. 5
Eit ferdaminne hausten 1988	s. 6
Schering - Plough prisen 1999	s. 7
Conf. on Clin. Management of Resistant Tuberculosis	s. 8-9
E-post adresser	s. 11
På Erlichia rundtur i USA	s. 12
Diktspalten	s. 16
Infeksjonsforum Øst-Norge	s. 18
Schubert's Unfinished	s. 22
Billedspalten	s. 24
Kongresser og møter	s. 25
Veileddning for forfattere og annonsører	s. 26

"pest-POSTEN" utgis fire ganger i
året, og distribueres til alle som er
medlemmer av NFIM.

Adresse: Oddbjørn Brubakk,
Infeksjonsmedisinsk avd.,
Ullevål sykehus, 0407 Oslo.

Telefon: 22111904 *Telefax:* 22119181
E-mail: jbhauge@online.no

ISSN: 0808 - 2510

Forsiden:

'The Four Horsemen' - illustrasjon til
'Apocalypse' av Albrecht Dürer (1498)



redaksjonelt



post-SAMPLING,- samle-PEST

Firma Bristol-Myers Squibb Norway Ltd. tilbyr medlemmer av NFIM permer til å samle *pest-POSTEN*, - ryddet og ordnet i bokhylla. - Redaksjonen takker BMS for tiltaket og tolker initiativet som et uttrykk for at de 4 forgangne årganger av *pest-POSTEN* blir satt pris på.

Vi begynner nå vår femte årgang uten endringer i lay-out, innhold eller opplegg forørig. Vi har tolket signaler slik at de fleste synes bladet har kommet inn i en form som passer, - ikke for mye stoff, ikke for mye reklame etc. Vi fortsetter derfor som hittil inntil vi får andre signaler.

Det er ellers harde tider for redaksjoner i den medisinske verden. Som de fleste vet har redaktøren av JAMA fått sparken etter å ha ledet tidsskriftet fra 1981. Det har rystet den medisinske verden og de fleste er skarpe i sine kommentarer.

Redaktørens "feil" var at han trykket en artikkel, som riktig nok var gjennomgått og refereert

behandlet på vanlig måte, om amerikanske ungdommers syn på oral sex.

Det ble tolket som et innlegg i den ikke upåaktede saken mot president Clinton. Det falt den konservative amerikanske lege-foreningen tungt for brystet, og løsningen ble å sparke redaktøren.

I denne redaksjon frykter vi ikke at Arild Mæland & al skulle finne på tilsvarende.

Lancets redaktør forlanger at presidenten i AMA må gå av frivillig eller sparkes.

På den andre side er det heller ikke sigarer som røkes i denne redaksjon, men det er nærliggende som innlegg i debatten å sitere prest, fotballfan og statsminister Kjell Magne B. - Som uttalte i et TV program at - "I veit i alle fall hva ein cigar skal brukes til". Dette er klart tillitsvekkende og avslører at statsministeren kommer fra et møblert hjem. Hans uttalelse tiltredes uten dissens av redaksjonen, som velger ikke å ta stilling til verken Clinton, Lewinsky eller andre sigarelskere.

Derimot tar vi avstand fra oppsigelsen av redaktøren i JAMA, - ydmykt og i all beskjedenhet.

Dette nummer inneholder som vanlig enkelte referater, ferdaminne frå Etiopia, skrevet på nynorsk for å minne om at denne trykksak tillater og ønsker innlegg på såvel begge målføre.

Den kulturelle opprusting fortsetter, denne gang med Gunnar Reiss-Andersen.

Vi minner om at vi tidligere har invitert leserne til å komme med favorittlyrikere og favorittdikt. Diktspalten er åpen for alle! Det er ingen grunn til å vente, *pest* kommer bare 4 ganger i året, - og årene går fort.

Hold ut!

Oddbjørn Brubakk

Styret i

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Hovedrepresentanter:

Arild Mæland, *formann*
Vidar Ormaasen, *sekretær*
Per Espen Akselsen, *kasserer*
Øystein A. Strand
Bjørg Sørensen

Varamann:

Jon Birger Haug
Trond Jacobsen

*Norsk Forening for
Infeksjonsmedisin
inviterer til*

Vårmøte



Trondheim fredag 4. og lørdag 5. juni 1999

Fra programmet:

Stor endocardittsesjon

Nephropathia epidemica

Tackling av resistente bakterier

Gammaglobulin ved streptokokkinfeksjoner

Diagnostikk og terapi av atypiske pneumonier

Frie foredrag Schering-pris utdeling m.m.m.

Kveldsprogram på Ringve Musikk Konservatorium

Invitasjonsbrev med endelig program utsendes til medlemmer i NFIM og NFMM i løpet av kommende uker. Møtet vil bli sikt kursgodkjent slik at utgifter kan søkes refundert fra legeforeningens fond. Registreringsavgift kr. 600.- Vi oppfordrer alle til å anmelde frie foredrag (10 + 5 min.) til Trond Jacobsen i Trondheim eller Arild Mæland på Ullevål innen 1.mai. Møtet starter fredag kl 10 og avsluttes lørdag kl 15.

Stott opp om ditt eget nasjonale infeksjonsmiljo !

Eit ferdaminne hausten 1998

Av Bjørn Myrvang

I 1969 reiste en 29-årig norsk lækjar til Addis Abeba for å vera med å byggja opp "Armauer Hansen Research Institute" (AHRI). Det vart fram til 1973 mest fire år med forskning og interessante opplevingar på høgsletta i Etiopia. I haust, 25 år etter at han drog heim for gjera ferdig doktoravhandlinga, som arbeidet resulterte i, fekk lækjaren høve til å sjå Etiopia att. pest-POSTEN har bedt han fortelja lesarane om nokre av inntrykka frå ferda.

25 år er lang tid. Mykje har ein sjølv opplevd, og mange røynsler er hausta. Etiopia og etiopiarane har mesteparten av tida vori i krig mot Eritrea, og styresystemet har gått frå å vera eit foydalt keisardøme, via ein socialistisk republikk til å vera ein republikk med friare tilhøve både for kapitalistar og andre.

Kva eg såg og opplevde i åra 1969-73 sit godt i minnet, og det vert naturleg til at ein dreg samanlikningar. Eg ser meg godt omkring og spør ut mange eg møter. Mykje er mest som for 25 år sidan, noko er endra, sumt til det betre - noko er nok verre, og nye problem har dukka opp.

Eg kjem ikkje til eit framandt land og Addis Abeba er ingen framand by. Det som slår meg heile tida er at etiopiarane framleis er blide og hyggelege, nett som dei var den gongen for lenge sidan. Finst det noko meir venleg folk? Dei vil gjerne prata, serleg når eg finn fram dei få amhariske orda eg hugsar, og når eg fortel at eg budde i landet i nesten fire år den gongen Haile Selassie var keisar av Abyssinia.

Det vart eit sers hjarteleg og tårefullt attsyn med menneske og arbeidde saman med ved AHRI. Vi talar lenge saman, vi et "injera og wat" og har det triveleg, og eg får høre at den gongen for nesten 30 år sidan, då var alt mykje betre både på og utanfor instituttet. Sume av dei gjor det same

arbeidet som dei gjorde i mi tid. Men assistenten eg hadde mest hjelp ifrå, og som den gongen tok ungdomsskulen om kveldane, drog til Cuba under Mengistu-styret og utdanna seg til tannlækjar, og arbeider no på eit sjukhus i sentrum av Addis Abeba.

AHRI er blitt mykje større og har fire-fem gonger så mange tilsette som i pionerperioden. Eg ser finare utstyr enn vi har på Ullevål sykehus, og fortsatt er det forsking på høgt nivå. Professor Svend Britton frå Huddinge sjukhus er direktør. Vi har mykje å prata saman om - infeksjonsimmunologi, mykobakteriar, kollegaer i Noreg og Sverige, Etiopia i gamle dagar og no. Eg ser meg om i kvar ei krå på instituttet, og helsar på og omfamnar mange av dei 60 tilsette. Etterpå kan eg ikkje fri meg frå å tenkje at "small was beautiful".

Addis Abeba er òg vorten ein mykje større by, men framleis er det ein by som stort sett består av små hus laga av kumøkk og leire. Nokre fleire prangande hus i sentrum er komne til, men ikkje mange. Eit nyt Sheraton luksushotell dominerer ein del av bybiletet. Ein etiopisk sjek står visst bak. Ein norsk lækjar eg møtte, sa at hotellet skulle tene som horehus for rike arabarar. Ein undrar om det er teikn på framsteg?

- fortsetter på side 15.

Schering-Plough prisen

1999

Årets Schering-Plough's pris skal som vanlig utdeles på årets Vårmøte.

Priskomiteen anmoder foreningens medlemmer om å sende inn begrunnete forslag på kandidater til de to prisene. Det er infeksjonsmedisinerene som står for tur denne gang. Forslagene må være komiteen i hende før 10.5.99. Til orientering følger prisens statutter:

FORMÅL

Prisen har til formål å hedre mikrobiologer og infeksjonsmedisinere som gjennom forskning eller praktisk arbeid gjør en betydelig innsats for forebyggelse, diagnostikk og / eller behandling av infeksjonssykdommer i Norge.

Prisen er todelt:

- I) En etablert mikrobiolog eller infeksjonsmedisiner som oppfyller ovennevnte
- II) En yngre mikrobiolog eller infeksjonsmedisiner med sikte på støtte til fullførelse av ovennevnte.

PRISENS STØRRELSE

- I) Prisen størrelse er NOK 15 000.-
- II) Prisen størrelse er NOK 10 000.-

Beløpets størrelse vil bli vurdert hvert 5. år,
- neste gang i år 2000.

For priskomiteén:

Aksel Schreiner

adr.: Med. avdeling,

5021 Haukeland sykehus.



**Conference on Clinical Management
of Resistant Tuberculosis**
Stockholm 31.08.99

Preliminary program

Introduction

Richard Zalesky (VMO)

The global epidemiology of resistant TB

Donald Enarson (IUATLD)

The epidemiology of TB in Scandinavia,
the Baltic States and Russia

Tone Ringdal (Norway)

V.Golyshevskaya (Russia) and others

Coffee or tea

Implementation of field programs for surveillance
and eradication of drug resistance in TB

Nancy Binkin (USA)

DOTS as a tool to fight back resistant TB

Richard Zalesky (WHO)

Resistant TB and social aspects

Kaj Vink (Estonia)

Lunch

Clinical management of resistant TB I

Michael Iseman (USA)

Clinical management of resistant TB II

Jan Kus (Poland)

Coffee or tea

Pharmacological problems in the
treatment of patients with resistant TB

Shaun Berning (USA)

Presentation of cases of resistant TB

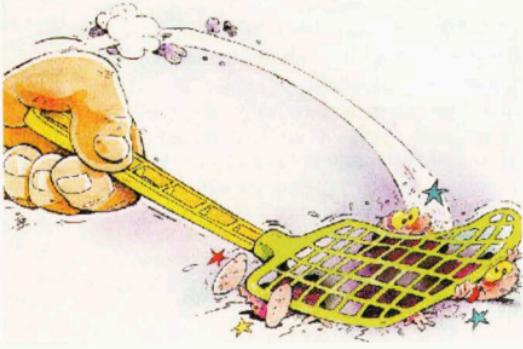
Sven Hoffner (Sweden)

Laboratory evaluation of drug resistant bacteria

Annika Krüüner (Estonia)

TB as an occupational hazard

Discussion and concluding remarks



En invitasjon fra broderfolket

Kära Kollega i Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige!

Tisdagen den 31 augusti anordnas en utbildningsdag över ett angeläget ämne -resistant tuberkulos. Målgruppen är läkare med intresse för tuberkulos, t.ex. inom infektion, lungmedicin klinisk bakteriologi. Föreläsare från VMO, IUATLD och Östeuropa såväl som USA kommer att delta. Utbildningsdagen som hålls på engelska koncentreras kring kliniska problem. I Tallin anordnas senare i samma vecka en motsvarande utbildningsdag för våra kolleger från Baltikum och delar av Ryssland. Detta möte finansieras främst av Hälso- och Sjukvårdens Östeuropakommitté.

Preliminärt bifogas (*se motsatt sida*).

Om Du har ett problematiskt fall med resistant tuberkulos är Du välkommen att presentera fallet och få det diskuterat av internationell expertis. Hör i så fall av Dig till någon av oss i organisations kommittén.

Tyvärr är deltagarantalet begränsat varför endast de först anmälda kan garanteras plats. Sista anmälninUd-ag är dock tisdagen den 15 juni 1999. Detta är en första information om utbildningsdagen och anmälningsblanketter kommer att sändas till Dig under våren.

Lokal: Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, 10135 Stockholm

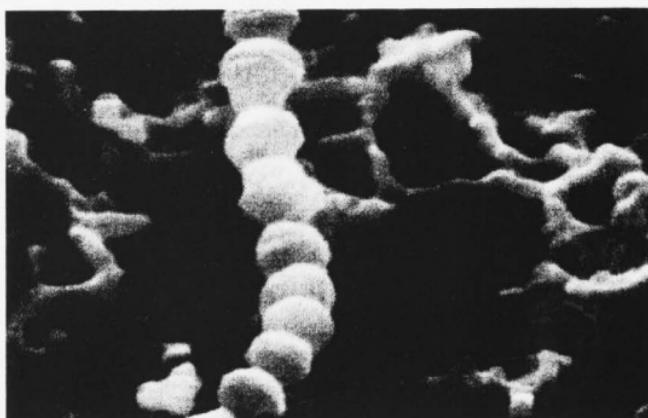
Tid: 310899. Mötet startar kl. 09.30 och beräknas vara avslutat kl. 17.30

Deltapravgift 1000 SEK vilket inkluderar dokumentation och lunch.

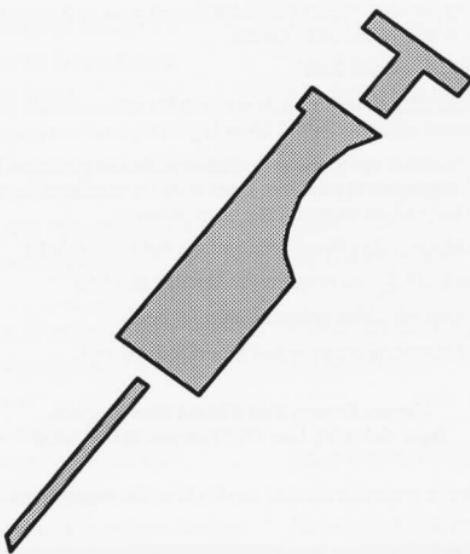
Med vänlig hälsning och förhoppning om att vi ses i Stockholm den 31/8,

*Gunnar Boman, Karl Ekdahl, Sven Hoffner,
Inger Julander, Lars Olof Larsson, Malin Ridell*

Har du frågor eller vill göra en preliminär anmälan kan Du kontakta någon av oss.



ZENECA



**En samarbeidspartner
også på antibiotika**

Hva med et lite innlegg til pest-POSTEN?

**Det er svært lett å sende til redaksjonen
en diskett eller E-post, og mange har
sikkert mye på hjerte som de "brenner"
inne med.... Så sett i gang!**



- Deadline til nr. 2/99 er 20. mai.



E - post adresser pr. 1/3-99

Fleire og flere medlemmer skaffer seg elektronisk post, og nytenn av dette hjelpe midlet skjønner de fleste etter svært kort tids bruk. Er Internett først installert, går man ikke lett tilbake til faks eller "snail-mail" (Postverket). Men stadig er det selvsagt et flertall som ENTEN ikke har skaffet seg dette mediet, ELLER ikke har oppgitt sin adresse til pest-POSTENs redaksjon (-> jbhaug@online.no). Hvorfor ikke gjøre noe med det siste - NÅ?!

Tore Abrahamsen
Johan Bakken

Kåre Bergh
Oona Dunlop
Knut Fredriksen
Svein G. Gundersen
Tore Jarl Gutteberg
Stig Harthug
Jon Birger Haug
Reidar Hjetland
Are Martin Holm
Berit Hovig
Eyrun F. Kjetland
Ulf E. Kongsgaard
Bjørn-Erik Kristiansen
Dag Kvale
Nina Langeland
Lars Holst Larsen
Martinus Løvik
Arild Mæland
Svein A. Nordbø
Vidar Ormaasen
Signe Holta Ringertz
Aksel Schreiner
Haakon Sjursen
Arnfinn Sundsfjord
Bjørg Sørensen
Yngvar Tveten
Ivar Ørstavik

Barneavd., Rikshospitalet
The Duluth Clinic, Duluth, Minn.

Avd. for mikrobiologi, RiT
Inf.avd., Ullevål sykehus
Anestesiavd., RiTØ
Inf.avd., Ullevål sykehus
Avd. for mikrobiologi, RiTØ
Avd. for sykehushyggiene, Haukeland sh.
Med. avd., Sykehuset Ostfold
Mikrobiologisk avd., SSH i S & Fj.
Medisinsk avd., Bærum sykehus
Bakt. institutt, Rikshospitalet
Inf.avd., Ullevål sykehus
Anestesi/intensivavd., Radiumhospitalet
Telelab, Skien
Med. avd. A, Rikshospitalet
Med. avd. B, Haukeland sykehus
Med. avd., Fylkessh. i Haugesund
Folkehelsa, Oslo
Infeksjonsmed. avd., Ullevål sykehus
Avd. for mikrobiologi, RiT
Inf.avd., Ullevål sykehus
Bakteriologisk lab., Aker sykehus
Med. avd. B, Haukeland sykehus
Med. avd. B, Haukeland sykehus
Mikrobiologisk avd. RiTØ
Med. avd., Molde sykehus
Telelab, Skien
Avd. for virologi, Folkehelsa

Tore.Abrahamsen@rh.uio.no
bakkenj@smdc.org (arb.)
jbakken1@d.umn.edu (priv.)
kare.bergh@medisin.ntnu.no
o.b.dunlop@ioks.uio.no
kfredri@online.no
s.g.gundersen@ioks.uio.no
tjutteberg@bigfoot.com
Stig.Harthug@hyg.haukeland.no
jbhaug@online.no
reidar.hjetland@vestdata.no
aremholm@online.no
berit.hovig@labmed.uio.no
eyrun.kjetland@ioks.uio.no
u.e.kongsgaard@klinikmed.uio.no
bjorneri@online.no
dag.kvale@klinikmed.uio.no
nina.langeland@med.haukeland.no
lholstla@sn.no
martinus.lovik@folkehelsa.no
Arild.Maeland@ullevaal.oslo.kommune.no
Svein.A.Nordbo@unigen.ntnu.no
vormaase@online.no
s.h.ringertz@ioks.uio.no
asch@haukeland.no
Haakon.Sjursen@med.haukeland.no
arnfinns@fagmed.uit.no
bjsorens@online.no
yngvar.tveten@telelab.no
ivar.orstavik@folkehelsa.no

På *Ehrlichia* rundtur i USA

Av Bjørn Erik Kristiansen

I 1997 var jeg så heldig å få tildelt Domagk Bayer prisen. Søknaden omfattet en studiebesøk i USA for å lære mer om diagnostikk av sykdommen human granulocytær ehrlichiose. Av ulike grunner lot turen seg ikke gjennomføre før i januar 1999. Her følger en liten reisebeskrivelse som takk for tildelingen.

Andy Jenkins, Ph.D som er forskningssjef ved Telelab og jeg hadde lagt opp et stramt program for en 10 dagers tur til ulike miljøer i USA. Vi ønsket å lære både serologiske og genetiske metoder og dyrkningsmetoder. Vi håpet også å knytte nytte kontakter for senere forskningsarbeid. Først besøkte vi Steve Dumler ved John Hopkins Universitetet i Baltimore. Eller rettere sagt; det var hans medarbeidere vi traff for influensaen herjet og Steve lå hjemme i senga. Alle stedene vi besøkte var rammet av influensa.



Jen og Joe ga oss en grundig innføring i IF metoden og i PC og vi fikk også deres metode for dyrkning. Vi fikk også overvære avlivning av et større antall forsøksmus som var infisert med HGE. Stilen på John Hopkins var uformell slik vi er vant til fra norske universiteter. Som gjest hadde vi valgt en



litt penere påkledning enn vanlig fordi jeg trodde amerikanerne var mer formelle enn oss. Når vi så reiste videre til Rochester for å besøke professor David Persing ved Mayoklinikken hadde vi funnet frem dongeri og genser for å være på linje med det vi trodde ville være kleskodeksen på laboratoriet. Men der tok vi feil. Vi ble mottatt av leger og forskere i hvit skjorte med slips, mørke bukser og med crew-cut sveis. De omtalte hverandre som med tittel og etternavn. Kontrasten mellom dem og oss føltes stor og tyngende. Men David Persing og hans medarbeidere var meget gjestfrie og åpne og viste oss sitt nye PCR laboratorium som er kanskje det fremste i USA. Laboratoriet tjente meget godt på sine analyser og fikk tilsendt prøver fra hele USA. Fordi Mayo klinikken er høyt ansett kan laboratoriet ta høyere priser enn markedspris (da vi var der ble kong Hussein skrevet ut av Mayo klinikken etter 6 måneders behandling for kreft). Den gode økonomien gjorde det mulig å utruste laboratoriet bedre enn det vi kan som benytter norske laboratorietakster. På laboratoriet hadde de

utviklet diagnostikk av sjeldne og kravfulle bakterier basert på sekvensering av 16s RNA. De hadde utviklet PCR påvinningsmåtoder for hepatitt C, herpes simplex encefalitt, babesiose, borreliose og ehrlichiose. De var i ferd med å teste ut et nytt kommersielt system for undersøkelse av sekvensvariasjoner ved hjelp av biologiske mikrochips som var coated med opptil 60.000 prober. Denne benyttet de for å studere mutasjoner



i HIV som kunne medføre resistens. Vi hadde særlig nytte av å se på utformingen av selve PCR laboratoriene. Alt var gjort for å hindre kontaminasjon. Vi planlegger selv å innrede nye PCR laboratorier og vil forsøke å implementere noen av Mayo laboratoriets løsninger. Vi ble også enige om å samarbeide om å få isolert og analysert norske isolater av HGE bakterien.

Deretter satte vi kursen mot Duluth helt nord i Minnesota. Duluth ligger på vestbredden av Lake Superior helt opp ved grensen mot Canada. Dette er indianerland, men kanskje nå i enda større grad "norsk" område med et stort innslag av norskaatte. Hit til Duluth flyttet Johan Bakken for noen år siden. Mange av *pest-POSTENS* leseres kjenner godt til Johan fra hans dager som infeksjonslege ved Ullevål. Johan har skapt seg et stort navn i USA som den første til å beskrive sykdommen HGE i 1994. Siden da har han fått publisert en jvn strøm av artikler om diagnostikk, epidemiologi og klinikk ved HGE i de mest prestisjetunge internasjonale fagtidsskriftene. I 1997 fikk han den amerikanske infeksjonsmedisinske foreningens forskningspris. Johan arbeider ved Duluth Clinic som er en sammenslåing av flere sykehus som tilsammen dekker en

befolking på 500.000 mennesker. Johan er en av 4 infeksjonsleger og har tilgang på noe labservice. Her utfører han i hovedsakelig IF test på ehrlichianatistoffer. Han har et stort pasientmateriale, for HGE er hyppig i disse skogkleddde områdene.

Vi fikk bo hjemme hos Johan og hans danske kone Sus og hadde det svært hyggelig sosialt. Sus fylte år mens vi var der og vi feiret på en svært hyggelig restaurant i en gammel industribygningen ved havna i Duluth (Duluth er en viktig utskipningshavn for malm og andre produkter fra området og fra Canada og står i forbindelse med Atlanteren via The Lakes og kanaler).

Jeg var invitert til å holde foredrag om meningokokksykdom for alle legene ved klinikken. De hadde ikke hatt meningokokksykdom på svært lenge, men uken før jeg kom hadde de tre tilfeller av gruppe C meningokokksykdom i en indianerstamme (her skulle det vært utført miljøundersøkelse!). Interessen var derfor stor med omlag 100 leger tilstede. Opholdet i Duluth var meget vellykket og kontakten med Johan skal opprettholdes. Vi håper å få til noen fellesprosjekter i Telemark. Johan er gammel Skiensgutt og vil gjerne holde kontakten med det norske infeksjonsmedisinske miljøet.





GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Sandakerveien 114A
Postboks 4312, Torshov - 0402 Oslo
Tlf: 22 58 20 00 Fax: 22 58 20 04

- fortsetter fra side 6.

Det er mykje meir folk i gatene. Mange er komne til hovudstaden i von om å finna lukka. Prostitusjonen blømer meir enn nokon gong. Eg veit frå kart og rapportar eg har sett og frå reportasjar i fjernsynet at HIV-problemet er stort. Men ikkje ein plakat er å sjå om HIV-trusselen. Heller ikkje i dei engelskspråklege avisene ser eg åtvartingar eller informasjon om styggedomen. Nokon seier at den koptiske kyrkjå ikkje liker at ein talar og skriv om seksuallivet og om det som går føre seg på dei mange barane i byen. Men langt ut på landsbygda trefta eg faktisk ungdomar som fortalte at dei kjente fleire som var døde av AIDS, og at dei sjølv brukte kondomar dersom dei hadde sex. Så noko blir nok gjort.

Når eg ruslar i gatene, får eg dei store sosiale problem nært inn på livet. Det er svært mange tiggjarar, mange fleire enn den gongen for lenge sidan. Eg meiner sikkert å kjenna att leprapasienter med øydelagde hender og føter - som eg møtte for over 25 år sidan. Ein tiggjande mann med eit sers tjukt elefantiasisbein er det òg noko kjent med. Han har nok i mange år gjort bra butikk på beinet som han syner fram heilt opp til lyska. Men det er ikkje berre dei alvorleg fysisk funksjonshemma som tigg. På mange fortau sit mødre med småbarna sine og ser bedande på deg, og dei treng sikkert kvar ein skjerv dei kan få. Ikkje så bra er det at mange stader tigg friske born i skulealder om pengar straks dei ser ein kvit person. Men inne på og omkring leprsjukehusområdet var det ingen som ba om noko. Det gav meg ei merkeleg god og stolt

kjensle.

Og trafikken er blitt mykje større i Addis Abeba. Bilparken er nedsliten, og bilane spytta ut mykje eksos, og frå nedslitne gater kjem det opp mykje støv. I tillegg oser det mykje reyk frå brenning av trevryke frå eukalyptustreet. Ein merkar både i nasen og i lengre ned i luftvegane at Addis Abeba er vorten ein forureina by. Men på eit felt verkar det som om etiopiarane er meir fornuftige enn oss: Det et lenge mellom kvar gong eg ser ein etiopian som røyker. Det kan bli spanande å sjå om situasjonen varar ved når ein del av dei



sikkert etter kvart får betre råd til å kjøpa sigarettar.

Nytt frå gamle dagar er det at det rundt omkring i byen er mange skilt med "Private Clinic" kor dei har tilbod om fine undersøkingar og behandlingstilbod, som liknar på dei som privatklinikkar i Noreg byr på. For dei som kan betala. Det er det faktisk ein del som kan i dag. Berte Marie, ei god fe eg møtte i Addis Abeba, mente skilnaden mellom fattig og rik er større i dag enn han var under det tidlegare styret. Det er vel om lag det same som vi ser i Russland. Dei offentlege sjukehusa er nedslitne, og pasientane står i kø. Lækjarane vil heller starta private pengemaskiner enn å arbeida for låg løn på offentlege sjukehus. Er det ein smitte frå nord?



- fortsetter på side 17.

DIKTSPALTEN

TIL HJERTENE

Glem aldri henne
du aldri møtte, -
som kanskje møter
deg etter døden.

Glem aldri henne
som kanskje ventet
på å få møte
deg hele livet

Glem aldri henne
som har din lengsel.
Glem aldri henne
for den du elsker.

Glem aldri henne
for hun alene
er *det* du elsker
i den du elsker



NOCTURNE

Gjemt bak et vindu
så jeg den stenbla
natt som stod lukket,
stormtung og tett.
Åpnet mitt vindu-,
da sprang for et stormkast
plutselig nattens
portflyyer opp.

Stjerner kom strømmende
allesteds fra,
stjerner kom strømmende
inn av mitt vindu.
Prøvte helt fængst
å stenge dem ute-,
høyt steg der inne
et hoyvann av hvithet.

Ingen kan stanse
en springflod av stjerner-,
nei, verken vindu,
hånd eller hasp.
Gjennom et vergeløst
bryst raser lyset-,
gjennom det skjelvende
blad på en asp.



Gunnar Reiss-Andersen (1896-1964) var født i Larvik og bodde hele sitt liv ved sjøen og havet. Han forsøkte seg et år som sjømann, - drømte om å bli maler og oppholdt seg et år i Paris.

Hans første diktsamling kom i 1921 og anmelderne fastslørte at han var en dikter som gikk i samme spor som Wildenvey og Bull. Det er på en måte riktig når det gjelder tonefall og manér, - men ikke følelsesinnhold.

Diktet "Til hjertene" er hans mest kjente, - og mest siterete. Så vanlig giengitt at mange frykter for å ta det med i antologier og samlinger av redsel for det forgnålte. Slike skrupler har ikke denne redaksjon og håper at det sammen med "Nocturne" inspirerer til mer lesing av denne finstemente poeten.

-fortsetter fra side 15.

I det heile gjorde det godt å koma ut av Addis Abeba. Nedover Rift Valley, over grønt sletteland med akasietre og skogkledde høgdedrag, langs vakre sjør med rikt fugleliv, gjennom vide bugnande åkrar. Dette er det verkelege Etiopia, for ein stor del eit grøderikt og vakkert land, kor eg trur mange på landsbygda i dag har det betre enn i foydaltida. Jordeigedomane, som i tida til Haile Selassie stort sett var eigd av nokre få, er i dag anten delt ut til bønder eller er statsbruk. Okse framfor treplogen ser ein framleis, men også moderne maskiner. På landevegane møter ein mange born og ungdomar på veg frå eller til skulen. Det såg ein lite til i gamle dagar. Eit steg framover, men om skulegangen lettare vil gje dei arbeid, det er eit anna spørsmål.

På sjukehuset i Arba Minch, langt sor i landet, kor kollega Thor Hendriksen var lækjar i fleire år, vert eg teken imot av venlege etiopiske kollegaer. Standarden er nok ikkje slik som han var den gongen Henriksen og andre norske misjonslækjarar styrde sjukehuset. Då var sjukehuset vide kjent, og pasientar kom dit langveges frå. Men ein traust NORAD-tilsett nordmann som var ansvarleg for rehabilitering og utbygging av sjukehuset, sa det slik: "Eg tykkjer det går rimeleg bra. Etiopiarane må få lov til å gjera det på sin måte".

Ein minnerik studietur vart det, og mange tankar etterpå. Kva eg vil hugsa best? Interessante



KASUISTIKKER OG INFLUENSA

*Referat fra det 13. Infeksjonsforum Østlandet
Oslo 12. februar 1999*

Av Are Martin Holm

Etter ved forrige møte å ha diskutert antibiotikastyring, inviterte styret i Infeksjonsforum Øst-Norge denne gangen til et møte med svært så variert agenda.

Møteleder og avtroppende leder i styret Aina Bucher løset oss gjennom åtte forskjellige kasuistikker à 15 minutter, for siden å kunne introdusere kveldens hovedtaler, virolog professor Otto Haller fra Universitetet i Freiburg, Tyskland.

Varicella-zoster-infeksjon hos nyretransplanterte

Kirsten Walaas, som er assistentlege ved medisinsk avdeling Ullevål sykehus, fortalte om to pasienter som begge var nyretransplantert, og begge utviklet alvorlig varicella-zoster-virus infeksjon. Den første pasienten lot til å ha fått viruset overført ved transplantasjonen, den andre ble antatt å være en reaktivering.

I en liten serie hadde nyretransplanterte en dødelighet på 80% ved VZV-infeksjoner. Det anbefales at man seponerer azathioprin. Optimal dose acyclovir er 10 mg pr. kg. Dessuten bør man øke prednisolon for å unngå binyrebarksvikt.

I USA anbefales VZV-immunglobulin til nyretransplanterte etter smitteksposisjon.

Etter innlegget var det diskusjon, og forsamlingen lurte på om ikke donor av den første nyre var testet for VZV, noe som ikke er så greitt å vite i ettertid.

Infeksjoner hos stoffmisbrukere

Mogens Jensenius ved infeksjonsavdelingen på Aker sykehus fortalte om infeksjoner hos stoffmisbrukere.

I det vestlige Europa er det ca. 750.000 stoffmisbrukere. Vi vet at de er spesielt disponert for eksempel stafylokokkabsesser og stafylokokkendokarditt, men denne pasient-

historien skulle minne oss om at det ikke bare er stafylokokker og pseudomonas som trives hos stoffmisbrukere.



En 30 år gammel mann som misbrukte heroin intravenøst, var hepatitt C positiv men HIV negativ. Han hadde en tid vekttap, kvalme og abdominalsmerter. Etter innleggelsjer ved flere av regionens sykehus fant man ved skjelettscintografi en oppladning i L3-L4, og en MR viste spondylodiskitt og en abscess paravertebral. Det var ikke vekst av bakterier i prøver, og mannen responderte ikke på antibiotika. Til sist ble det gjort en laminectomi ved Ullevål sykehus, og man fant vekst av *Candida albicans*. Pasienten ble behandlet med fluconazol og ble bedre.

Sjeldent soppinfeksjon hos nyfødt

Asbjørn Erno er nå ved barneavdelingen i Fredrikstad, men han fortalte om en pasient fra sin tid ved Rikshospitalet.

En prematur gutt hadde fra førløsningen multiorgansvikt, metabolsk acidose, anemi og etter hvert hyperglykemi. Det ble lagt navlevenekateter, gitt antibiotika og adrenergika, men etter

midlertidig bedring døde gutten etter knappe tre uker.

Obduksjonen viste utbredt ischemi i abdominale organer og i hjernen, og man fant sopphyfer i tarmveggen og i blodkar.

Soppen hadde hyfer som sto i 90° til stammen (aspergillus: 45°) og det viste seg å være mucormycosis, hvor rhizopus er den hyppigste undergruppen.

Disponert for denne mycosen er pasienter med diabetes, leukemi, immunsupprimerte, premature og pasienter som behandles med bredspektrede antimikrobielle midler. Diagnosen stilles ved dyrkning av biopsi, behandlingen er å korrigere acidose og blodsukker, amphotericin B (gjerne liposomalt) og kirurgisk debridement eller amputasjon. Systemisk mucormycose har en dodelighet på ca. 50%, i en serie av 31 infiserte nyfødte døde 24.

Malaria på intensivavdeling

Kjell Hellum ved infeksjonsavdelingen på SIA fortalte om en 45 år gammel mann som hadde vært på ferie i Thailand, og noen dager etter hjemkomst fikk tørrhoste, siden feber, brekninger, diaré og ble forvirret. Først seks dager etter debut ble han lagt inn under diagnosen gastroenteritt. Ved inntak var han presjokkert og hadde stor lever, høy CRP, kreatinin og LDH og han hadde laktatacidose med pH 7,18. Blodutstryk ble ikke sett på før dagen etter, og da var pasienten i septisk sjokk og hadde blødninger. Utstryket viste malariaparasitter i over 30% av erythrocytene.

Pasienten fikk doxycyclin, kinin og arthemether i fem dager. Han var respiratortrengende og ble lagt på intensivavdelingen. Man gjorde erythrocytafferasere.

Pasienten lå på intensivavdelingen i over en måned, gjennomgikk et utall med antibiotikakurer og fikk blant annet pansiinusit.

Historien illustrerer viktigheten av tidlig diagnose og viser noen av problemene ved intensivbehandling over lang tid.

Det ble ikke nevnt på møtet, men i ettertid har vi lest i avisene om et tilfelle av nosokomial malaria, assosiert til dette tilfellet.

Actinomycosis som differensialdiagnose til cancer

Cecilie Wium ved kirurgisk avdeling på Bærum sykehus fortalte om en 36 år gammel kvinne som i syv år hadde hatt "spiral", og nå de siste to måneder hadde hatt ryggsmerter. En CT-undersøkelse viste utbredte tumormasser i hele det lille bekkjen. Histologisk undersøkelse viste kun kronisk betennelse, men cancermistanken var sterkt, og kvinnen ble operert. På sterkt anbefaling fra infeksjonsmedisiner (for øvrig kveldens møteleder) sendte man vevsprøve til dyrkning og startet med penicillin.

Mistanken ble bekreftet; dyrkning viste actinomycose. Tilstanden krever langvarig penicillinbehandling, og pasienten ble behandlet med penicillin G intravenøst i seks uker, deretter skal det behandles peroralt i seks til tolv måneder. Ved penicillinallergi gir man kloramfenikol.

Familiær middelhavsfieber

Hjortur Kristiansson ga et eksempel på en ikke infeksiös differensialdiagnose til langvarig feber og magesmerter. En 23 år gammel kvinne av tyrkisk avstamning hadde fra tre - fire års alder hatt residerende magesmerter, ofte med hodepine og kvalme, av og til også med smerter i brystet og armene. Anfallene kom omrent hver tredje uke og kunne vare i tre dager. Hun hadde vært innlagt mange ganger uten at man fant noen årsak til



hennes plager. Ved siste innleggelse hadde hun lett normocyter anemi, CRP var over 200 og hun hadde nøyotrofili. Ultralyd abdomen viste noe væske i buken.

Oftre er det lettere å gjette riktig diagnose ved en kasuspresentasjon enn i virkeligheten, og det var nok flere i salen som på dette tidspunkt hadde gjettet på familiær middelhavssfeber, synonymt med rekurrent polyserositt. Sykdommen skyldes en genetisk defekt som er endemisk i middelhavsområdet, og kan gi residiverende peritonitt, pleuritt, artritt, perikarditt og hudlesjoner. Ubehandlet kan det føre til generalisert amyloidose og nyresvikt, men ca. 85% av pasientene responderer positivt på colchicin.

Viral encefalitt

Per Bjark ved Vestfold sentralsykehus fortalte om en kvinne som lenge hadde hatt forhøyet senkningsreaksjon, og man hadde funnet forhøyet ANA. Selv om man ikke hadde konkludert med noen bestemt reumatisk sykdom, ble hun behandlet med prednisolon. Først i år gammel fikk hun så feber, kramper og høyresidig kraftsvekkelse. I spinalvæsken fant man mononukleære celler. PCR undersøkelse av spinalvæske med henblikk på Herpes simplex virus (HSV) var negativ, men hun hadde forhøyet HSV-IgM. MR-undersøkelse viste sekvele etter encefalitt. Hun ble behandlet med acyclovir 10 mg/kg hver åttende time i to uker.

Fire år senere ble hun igjen innlagt med meningoencefalitt forårsaket av HSV 1, men denne gangen med kontralaterale nevrologiske utfall og funn ved radiologisk undersøkelse av hjernen.

Virale encefalitter kan forårsakes av HSV, av forskjellige enterovirus (for eksempel coxsackievirus, echovirus, poliovirus etc.) og av morbillivirus (og av flere andre viridae, for eksempel VZV, EBV og HIV, forf.anm.). Behandlingen av HSV-encefalitt er acyclovir 10 - 15 (eller mer?) mg/kg hver åttende time.

Cerebrale abscesser hos immunsupprimerte

Arvid Bjørnklett presenterte to pasienter, en kvinne og en mann, som begge hadde gjennomgått organtransplantasjon og nylig hadde vekslet immunosuppressiv behandling fra ciklosporin til tacrolimus (Prograf®), og siden begge fikk

symptomer på et cerebralt insult. Man mistenkte både medikamentbivirkning og cerebralt insult. Imidlertid fant man hos begge en intracerebral abscess, hos den ene pasienten ved granulocyttscintigrafi, hos den andre ved MR-undersøkelse.

Kvinnen ble behandlet med penicillin, kloramfenikol og metronidazol, men ble klinisk verre. Omsider gjorde man trepanasjon, og bakteriologisk prøve ga oppvekst av gram positive staver som kunne være noocardia eller uropococcus. Man mistenkte det siste, og ga pasienten meropenem og rifampicin med god effekt.

Mannen fikk også penicillin og metronidazol, men på av frykt for noocardiainfeksjon la man til trimetorim-sulfa. Prøve av pus vunnet ved trepanasjon viste imidlertid aspergillus, og behandlingen ble endret til amfotericin B.

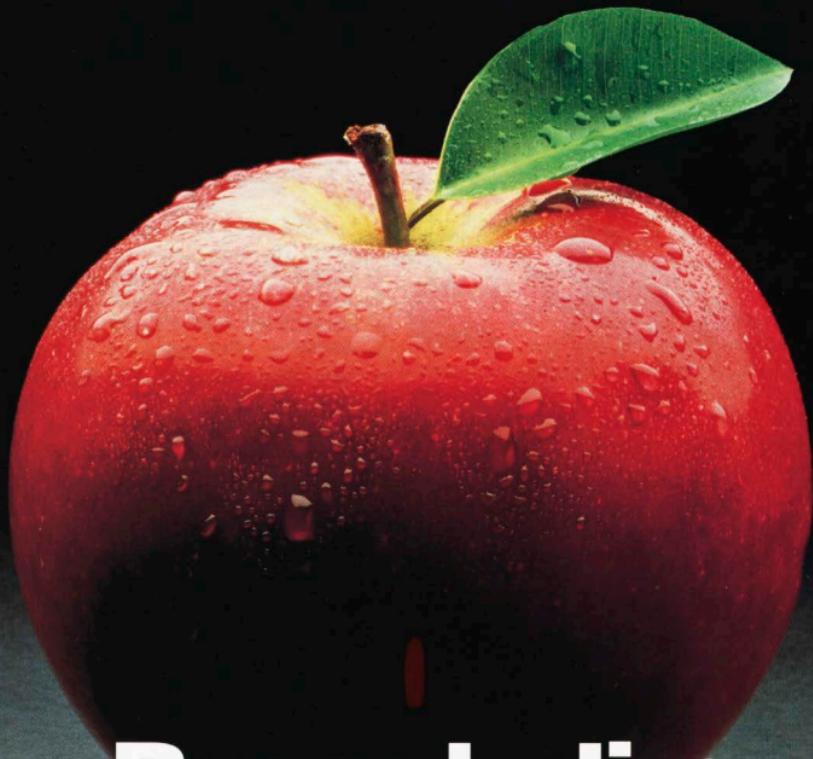
Moralen i Bjørnkletts kasuistikker var at man skal være skeptisk til medikamentbivirkning eller cerebralt insult som forklaring til kramper hos immunsupprimerte, og at man skal etterstrebe biopsier eller aspirasjon for å få sikker mikrobiologisk diagnose.

Kasuistikker er engasjerende og lærerike, og stort sett var forsamlingen aktiv med spørsmål, kommentarer, digresjoner og muntre rop. Kanskje man burde tatt noe færre kasuistikker, og latt mer tid til diskusjon? På den annen side, hvilke kasuistikker kunne man vel utelate?

Professor Haller om influensa

Da kveldens hovedtaler tiltrådte sitt nåværende professorat ved universitetet i Freiburg i Tyskland i 1989, startet han sin første forelesning med å si med klingende sveitseraksent: "Mein Name ist Otto Haller, ich bin Virologe und ich liebe mein Fach sehr!". Hans forelesning om patogenese og behandling av influensa viste at han fortsatt har en smittsom begeistring for sitt fag.

Spanskeksen som herjet for 80 år siden tok livet av over 20 millioner mennesker. Fjorårets "avian influenza" epidemi i Hong Kong drepte en tredjedel av de 18 infiserte, noe som førte til at man resolutt



Rocephalin®

ceftriaxon

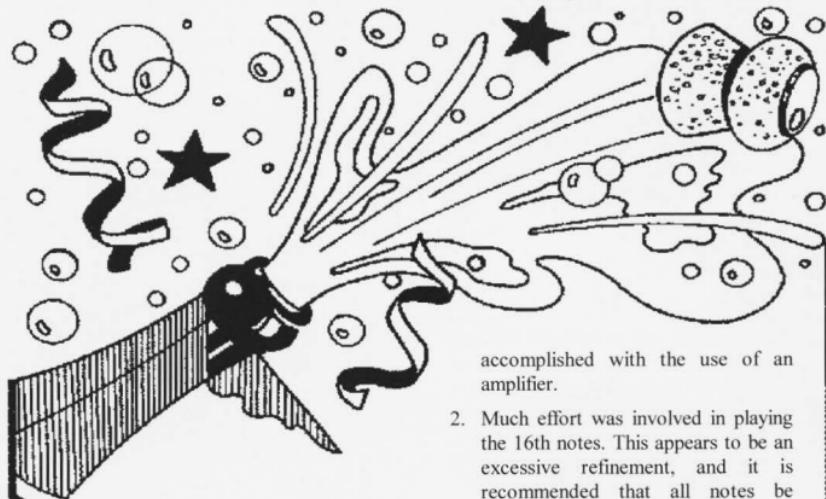
For ytterligere opplysninger kontakt:



Roche Norge A/S P.b. 41 Haugenstua, 0915 Oslo

Tlf.: 22 78 90 00 Fax: 22 78 90 99

Schubert's Unfinished



A managed care company president was given a ticket for a performance of Schubert's Unfinished Symphony. Since she was unable to go, she gave the ticket to one of her managed care reviewers. The next morning she asked him how he had enjoyed it. Instead of a few observations about the symphony in general, she was handed a formal memorandum which read as follows:

For a considerable period, the oboe players had nothing to do. Their number should be reduced, and their work spread over the whole orchestra, avoiding peaks of inactivity.

1. All 12 violins were playing identical notes. This seems an unneeded duplication, and the staff of this section should be cut. If a volume of sound is really required, this could be

accomplished with the use of an amplifier.

2. Much effort was involved in playing the 16th notes. This appears to be an excessive refinement, and it is recommended that all notes be rounded up to the nearest 8th note. If this were done it would be possible to use para-professionals instead of experienced musicians.
3. No useful purpose is served by repeating with horns the passage that has already been handled by the strings. If all such redundant passages were eliminated then the concert could be reduced from two hours to twenty minutes.
4. The symphony had two movements. If Mr. Schubert didn't achieve his musical goals by the end of the first movement, then he should have stopped there. The second movement is unnecessary and should be cut. In light of the above, one can only conclude that had Mr. Schubert given attention to these matters, he probably would have had time to finish the symphony.

-fortsetter fra side 20.

drepte 1,5 millioner fjærkreb i området, ettersom fugler er et viktig reservoir for viruset. Heldigvis smitte ikke sistnevnte virus fra menneske til menneske. Hva gjør influensaviruset til et dødsivirus og hvordan kan man gripe inn i sykdomsforlopet?

For at smitte skal bli sykdom må viruset inn i vertscellen. Da spiller overflateproteinet hemagglutinin og ionekanalen M2 en viktig rolle. Siden må virus-DNA frisettes i cellen, og en forutsetning for det er en vertcellespesifikk tryptase. Etter replikasjon i cellekjernen må viruset utskilles slik at nye celler kan infiseres, og her spiller overflateproteinet neuraminidase en rolle. Aktuelle farmakologiske behandlingskonsepter er blant annet å hemme ionekanalen M2, og hos influensavirus A kan dette gjøres med amantadin (Symmetrel®). Zanamavir (Glaxo-Wellcome) ble nylig registrert i Sverige, og virker ved å blokkere neuraminidasen. Man forstår at medikamentet må tas tidlig, før for mange celler er infisert og inflamasjonen går sin gang uavhengig av mikroben. Roche er på opplopsiden med et lignende preparat (vi tipper at medikamentene vil selge godt...).

Hos mennesker er det tilsynelatende bare tryptasen i respirasjonsepitelen som faller viruset i smak. Hos noen fugler trives viruset med tryptasen i andre vev også, og sykdommen får derfor ofte et langt alvorligere forløp. Kanskje var spanskesykeviruset og Hongkong avian influenza viruset ikke så kresne på våre menneskelige tryptaser?

At vår immunitet retter seg mot hemagglutininet husker vi kanskje fra studietiden, og at viruset vrir seg unna vår immunologiske hukommelse ved gradvis (*antigenic drift*) eller sprangvis (*antigenic shift*) å endre sitt hemagglutinin. Fint ville det være om vi kunne finne opp en vaksine som lot oss huske virusproteiner som mikroben ikke kan endre, og professor Haller anskueliggjorde eksempler på dette ved elegante datamodeller av influensaviruset.

I det hele tatt så vi mange imponerende grafiske fremstillinger, og viruset ble illustrert både ved datagrafikk, elektronmikrosopi og ved bildet av en kastanje.

Mest imponerende var imidlertid noe undertegnede også husker fra studietiden, nemlig hvordan

professor Haller klarer å dykke ned i det helt avskrekende basale med en grundighet som er sjeldent i Norge, for så raskt å komme tilbake igjen til det konkrete, forståelige og praktiske på en måte som er sjeldent på kontinentet. *Merci vielmahls und willkommen zurück, Herr Professor Haller!*

Årsmøte og middag

Så var det raske formalitetene: årsberetningen ble akklamert, regnskap og budsjett likeledes. Avtropende styremedlemmer Aira Bucher og Jon Birger Haug fikk velfortjent applaus, og nye styremedlemmer Oona Dunlop og Jan Erik Berdal ble bifalt med store forventninger.

En ekstra heder tilfalt rettmessig Finlands krystall og orkidé i Norge (sitat Berild): Aira Bucher, som med finsk kampvilje og kontinental sjarm har ledet styret og også ledet oss gjennom kveldens program.

Sist men ikke minst, en stor heder og takk til Glaxo-Wellcome ved Ole Jacob Tveitdal. Infeksjonsforum Øst-Norge er svært nytlig og inspirerende, og i tillegg kom en usedvanlig god og *sedvanlig trivelig middag på Hotel Bristol. Infeksjonsforum Øst-Norge anbefales!



Billedspalten

(Snøstorm i Hedmark)

*Det ble ikke noe
denne gangen.*

Redaksjonen kan ikke
drive "innpisking"
hele tiden, ergo
*blir det ikke noe når det
ikke kommer noe....*

???

???

Nytt tema for billedspalten:

*Medisinske motiver -
vakre, fargerike,
skarpe, høyoppløselige
bilder.*

SEND ? ?

Kongresser og møter

1999

21. - 26. mars: **12th International Conference on Antiviral Research.** Jerusalem, Israel.
Kontakt: The University of Alabama at Birmingham (?). Tlf. + 205 934 1990.

5. - 8. mai: **Vårmøte for Norsk Indremedisinsk Forening.** Tønsberg, Norge.
Kontakt: Travel Planners of Scandinavia. Tlf. 55 23 00 70, faks. 55 23 17 68. E-post:
elin.roed@ravel-planners.no

30. mai - 3. juni: **IC American Society of Microbiology (ASM) Annual Meeting.**
Chicago, USA.

Kontakt: ASM Meetings Department, 1325 Massachusetts Avenue, NW, Washington, DC
20005-4171. Tel.: 202/942-9248; Fax: 202/942-9340. E-post: meetingsinfo@asmusa.org

6. - 10. juni: **VI International Society of Travel Medicine Conference.** Montreal, Kanada.
Kontakt: Events International Meeting Planners, Inc., 759 Victoria Square, Suite 300,
Montreal, Quebec, Canada H2Y 2J7; Tel.: (514) 286-0855; Fax: (514) 286-6066.
E-post: info@eventsintl.com

20. - 23. juni: **3d International AIDS Conference.** Abha, Saudi Arabia.

Kontakt: Dr. Fahrad Alrabian, Chairman Organising Committee.
E-post: rabiah@kfshrc.edu.sa

20. - 24. juni: **Lyme '99 - International Conference on Lyme Borreliosis and Other
Emerging Tick-Borne Diseases.** München, Tyskland.

Kontakt: Lyme '99, AKM Congress Service, Clarastr. 57, PO Box 6, CH-4005 Basel,
Sveits. Tlf. +41 61 691 5111, faks. +41 61 691 8189.

9. - 13. august: **11th International Congress of Virology.** Sydney, Australia.

Kontakt: International Meeting Specialists. Tlf. +61 3 961 0043.

26. - 29. september: **XXXIX Interscience Conference on Antibiotic Agents and
Chemotherapy.** San Francisco, USA.

Kontakt: ASM Meetings Department, 1325 Massachusetts Avenue, NW, Washington, DC
20005-4171. Tel.: 202/942-9248; Fax: 202/942-9340. E-post: meetingsinfo@asmusa.org

2000

28. - 31. mai: **10th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious
Diseases.** Stockholm, Sverige.

Kontakt: Stockholm Convention Bureau, 10th ECCMID 2000, P.O. Box 6911, SE-102 39
Stockholm. Tlf. +46 8 736 1500, faks. +46 8 34 84 41. E-post: ecmid@stocon.se. Web-
site: www.stocon.se/eccmid

20. - 25. august: **XV International Congress of Tropical Medicine and Malaria: Needs
and Resources for Better Health in the Tropics.** Cartagena, Colombia.

Kontakt: Prof. Felipe Guhl, President, XV IFTM Congress, Centro de Investigaciones en

VEILEDNING FOR FORFATTERE

Artikler og andre bidrag til "pest-POSTEN" skal sendes til ansvarlig redaktør. Manuskriptene ønskes levert i Word Perfect eller Word tekstbehandlings-format, eller skrevet i DOS (ASCII) format. Bruk så lite redigeringskoder og spesialtegn som mulig. Helst ønskes bidrag levert på 3 1/2 " eller 5 1/4 " diskett, som vil bli returnert etter bruk. Papirbaserte bidrag må leveres med bred marg og dobbelt linjeavstand. Illustrasjoner må være i svart/hvitt, rene kopier i ca. dobbelt av endelig størrelse. Fotografier må være i sort-hvitt, og kan være ferdig rastet i endelig størrelse (i forhold til manus A4). For scanning bør de være litt større. Referanser skrives som angitt i veilederingen til "Tidsskrift for Norsk Lægeforening". Tidsskriftnavn forkortes som angitt i "Index Medicus".

Doktorggradsreferat kan være på 1 til 1/2 side enkel linjeavstand. Referatet skal inneholde: 1) Overskrift = doktorgradens tittel, 2) doktorandens navn, aktuelle adresse og institusjonen hvor arbeidet er utført, 3) universitet hvor disputasen er holdt og navn på opponent(er), 4) referat med hensynstagten til opponentens faglige innvendinger, 5) fulle referanser til avhandlingens delarbeider.

Abstract skrevet av nordmenn i utenlandske tidsskrifter kan være på 1/3 - 1/2 side, lengre abstracts kun etter avtale. Abstracts skal inneholde: 1) Overskrift = artikkelenes tittel, 2) forfattere og tidsskrift som i referansen over, 3) navn / adresse på forfatter som skal ha event. korrespondanse, 4) abstract, helst på norsk, skrevet for infeksjonsmedisinere.

Forskergrupper kan eventuelt lage en synopsis av sitt arbeide, med nøyaktig referanseliste.

Foredrag holdt ved møter i regi av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin samt prisforedrag kan være på én til flere sider etter avtale. Artiklene bør inneholde referanseliste og de beste illustrasjonene.

Meningsytringer, omtale av aktuelle problemer, eller andre korte bidrag av generell faglig interesse mottas gjerne. Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere / forkorte bidrag.

VEILEDNING FOR ANNONSØRER

Vi er takknemlige for bidrag i form av annonser i "pest-POSTEN". Bladet blir trykket i et opplag på ca. 300 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin.

Annonsepris (sort/hvitt): kr. 2.000,- inkl. moms pr. 1/1 side. Omslagssider (2. side, nest siste og siste side) kr. 2.500,- Fargeannonse kr. 3.000,- pr. 1/1 side (ikke omslagside). Alle priser er inkl. moms. Prisene gjelder *ferdige* annonser.

Manusformat A4, positivt trykk på papir eller film. Husk at manuskriptet skal forminskes til C5 format. Vi må ta et forbehold om annonseplass i forhold til stoffmengden førvrig.



Cefuroxim
Zinacef Monovial®



GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AS

Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo

Tlf.: 22 58 20 00 - Telefaks: 22 58 20 04

Ciproxin®

Ciprofloxacin

GAHAP1

09 99

CIPROXIN 2 mg/ml Ciprofloxacin.

ANV. FÖR
KÄYT. ENNEN

Infusionsvätska/Infusionesteknologi

TILL INFUSION / INFUSIOTÄ VARTEN

100 ml = 200 mg ciprofloxacin.

100 ml

Ciprofloxacin, lact. respond. ciprofloxacin, 2 mg, acid. lact. 0,1 mg, glucos. monohydr. 50 mg, acid. hydrochlor. conc. q.s. v.taq. ad inject. ad 1 ml. pH 3,6-4,5

Lytalsomt, opbevares i folien til produktet skal bruges. Anvendes umiddelbart efter pakningen er åbnet. Anvend kun en klar oplosning. Overskydende indhold kasseres. Opbevares utilgængeligt for børn.

Løsmindtlig, oppbevares i folien til produktet skal anvendes. Åpnet pakning anvendes umiddelbart. Bare klar løsning skal benyttes. Ev. restinnhold kasseres. Oppbevares utilgjengelig for barn.

Ljuskänslig, förvaras i folien tills produkten skall användas. Öppnad förpackning används omedelbart. Använd endast klar lösning. Overblivet innehåll kasseras. Förvaras oåtkomligt för barn.

Valonarkaa, säilytettävä foliossa käyttöön saakka. Avattu pakaus käytettävä välittömästi. Vain kirkasta liuosta voidaan käyttää. Käytön jälkeen ylijäänyt liuos hävitettään. Ei lasten ulottuville.

98-3991-2/R1.12/90

Bayer AG, D-51368 Leverkusen, Germany 00062192

For ytterligere
opplysninger, se
Felleskatalogen.



Bayer AS, Postboks 114, 1483 Skytta. Telefon 67 06 86 00. Telefax 67 06 86 77.