

blåses så til og koagulasjonstiden bestemmes. Tidene blir omtrent de samme som ved makrometoden.

Som det vil forstås har *trombokinasens styrke eller aktivitet* mye å si for protrombintiden. Samme plasma får forskj. koagulasjonstid etter den trombokinase som er brukt. Tidene fra de forskj. undersøkere og laboratorier er derfor ikke direkte sammenlignbare. Man må derfor alltid oppgi et *normalplasmas* koagulasjonstid ved siden av.

Nygaard mente at det var best bare å notere opp disse tider og nøye seg med det, særlig med henblikk på metodens unøyaktighet ved de korte tider. Altså f. eks. protrombintid 40 sek. (normal kontroll 20 sek.).

Det alminneligste var ellers før å angi protrombinmengden i pst. av normalmengden. Denne prosenten synker imidlertid ikke direkte proporsjonalt med økningen i koagulasjonstiden, men langsommere ved de bortimot normale prosenter (se kurven — etter *L e h m a n n*).

Man må derfor lage seg en kurve over p-prosenter ved en rekke fortyninger av et normalplasma, og av den avleses så den p-prosenter som svarer til en funnet koag.-tid. Men det er tungvint, for man må lage seg en ny normalkurve for hver gang man skifter trombokinase. Videre ser man at variasjoner omkr. normalkoagulasjonstidene kommer til å betinge svært store svingninger i prosenten, slik at verdier helt fra 60—70 pst. til 120—130 pst. må anses for normale. Man har derfor kommet til at det beste er å angi den s.k. *Quicks p.-indeks*.

Denne beregnes slik: $I = \frac{\text{Sek. n.}}{\text{Sek. p.}} \cdot 100$. Normalt 90—110. Som det ses, inngår normalverdien i formelen, og dermed kan en variasjon i trombokinaseaktiviteten ikke influere på indeks. De forskj. undersøkernes indekser kan derfor sammenlignes uten hensyn til den trombokinase som er brukt.

Av kurven sees at man omkr. normalverdiene må regne med stor indeksfølsomhet, mens indeks blir temmelig ufølsom ved de lave protrombintider. Vi har, lik som *L e h m a n n*, angitt våre resultater i indeks. De normale indeksverdier ligger mellom 90 og 110. Under 90 er det en latent fare for blødningen. Kommer indeks ned under 50 (hvilket svarer til at det er bare ca. 20 pst. av den normale p.-mengde tilbake), kan det opptre manifeste blødninger.

(Litteraturfortegnelse s. 20)

BØR PENICILLIN BRUKES STRAKS DIAGNOSEN GONORÉ ER STILLET?

Av ARNE KLEM

I nær fremtid vil vi sannsynligvis ha fått så store mengder penicillin til landet at enhver læge kan ta det i bruk i sin daglige praksis. Ved gonoré vil det uten tvil bli vårt hovedmiddel, idet det ved denne sykdom helbreder nesten 100 pst. av tilfellene. Overfor syfilis har det likeledes en utvilsom effekt og brukes allerede i stor utstrekning i den engelske og amerikanske armé som en hurtigkur (2 400 000 E på 7½ døgn) også mot denne sykdom.

Samtidig opptreden av syfilis og gonoré hos en og samme pasient er ikke så sjelden som mange kanskje tror — særlig i den siste tid da syfilisen har tiltatt betraktelig overalt i verden — også her til lands.

M c. L a c h l a n (Bristol) regner med at: «Dual infection with syphilis and gonorrhoea occurs in from 5 to 10 per cent of infections» (The Practitioner May 1945). *H a x t h a u s e n* skriver i Ugeskrift for Læger nr. 47, 1945 i en artikkel som omhandler det samme tema at blant 788 gonoré-tilfelle behandlet ved Rikshospitalet i København ble det påvist 22 tilfelle av samtidig syfilis, altså ca. 3 pst. Også her i landet har jo som kjent syfilis tiltatt betraktelig i krigsårene, og det er sannsynlig at en lignende undersøkelse hos oss ville gi omtrent det samme resultat.

Bruken av penicillin ved akutt gonoré vil kunne komme til for noen tid å skjule en samtidig luesinfeksjon. Selv den relativt lille dosis, 150 000 E, som nå vanligvis brukes mot gonoré er nemlig nok til å hindre chancrens utbrudd, således at syfilis først senere manifesterer seg i den sekundære form med positiv W. R.

O t t o S e l v a a g har allerede tidligere i dette tidskrift (nr. 11, 1945) i sin utmerkede oversikt over erfaringene med penicillinbehandling ved gonoré fra Norwegian Clinic, London, gjort oppmerksom på dette forhold og at «det er nødvendig at det gjøres serologiske luesundersøkelser hos penicillinbehandlede gonoré-tilfelle det første halve år etter behandlingen (f. eks. etter 2, 4 og 6 mndr.)».

Det reiser seg altså her et alvorlig problem som det kan bli vanskelig for den behandlende læge å ta standpunkt til. På den ene side er det med penicillin en nesten 100 pst. sikkerhet for å kunne helbrede gonoréen og derved hindre videre spredning av smitten av den sykdom — på den annen side foreligger muligheten for at en samtidig luesmitte maskeres og først senere kommer fram som et slags residiv etter utilstrekkelig behandling. Og nettopp disse syfilistilfelle gir erfaringsmessig den dårligste prognose med hensyn til de sene alvorlige komplikasjoner av sykdommen. *H a x t h a u s e n* mener derfor i sitt før nevnte arbeid at «Penicillinbehandling av Gonorrhoe som almindelig Regel kun bør foretages

ET TILFELLE AV GENITALTUBERKULOSE PÅ VENERISK BASIS

Av TORJUS WALLE

(Fra Stokmarknes sykehus. Sjef: Overlæge N. H. Brodersen.)

når man med overveiende Sandsynlighet kan udelukke en samtidig syfilitisk Infektion». Av og til har man jo anledning til også å undersøke smittekilden, men oftest er det nødvendig å kontrollere pasienten nøyaktig gjennom det nærmeste tidsrom. Hos menn viser jo chankeren seg allerede etter 3—4 uker, hos kvinner kan ofte diagnosen først stilles når *secundaria* fremkommer og W. R. er blitt positiv. Derfor vil det antagelig være riktigst at man først forsøker en sulfatiazolkur — selv om man nå bare regner med ca. 30 pst. helbredelse med denne behandling — eventuelt kombinert med feberkur og lokal sprøytebehandling av urethra, og så forbeholder penicillinbehandling til de resistente casus. Når man har gjennomført sulfonamidbehandlingen vil det i alminnelighet også ha gått så lang tid at en eventuell chanke, iallfall hos menn, vil ha kommet til utbrudd. En nøyaktig klinisk undersøkelse sammen med spirochete-kontroll, eventuelt først W. R. hos kvinner, vil da klarlegge syfilisdiagnosen på det tidligst mulige stadium.

Haxthausen spør derfor til slutt: «Naar nogle Ugers Observation før Penicillin-behandlingen kan yde denne Sikkerhet, må denne beskedne Ulempe da ikke foretrakkes for en Observation i ½ År efter Behandlingen, der tilmed ikke giver Sikkerhet for at Syfilis erkendes?»

Rent generelt vil det måtte innrømmes at dette synspunkt er det riktige. Man besvarer kanskje spørsmålet best når det stilles således: Hvilken behandlingsmåte ville du foretrekke hvis det gjaldt deg selv? Enhver læge vil sikkert svare at det først og fremst gjelder å sikre seg mot en mulig luesinfeksjon selv om det skal koste 1 måneds istedenfor 1 dags behandling. Heretter bør man da også handle. Men i mange enkelte tilfelle vil den praktiserende læge utvilsomt komme til å stilles i sterk tvil. Sterk pågang fra pasienter om øyeblikkelig penicillinbehandling av hensyn til ektefelle, diskresjonere hensyn og mange andre forhold vil bli ført i marken. Rent samfunnsmessig sett må det vel også synes riktigst at man søker å utrydde gonoréen så hurtig som mulig. Og med penicillinet synes det nå å være iallfall en teoretisk sjanse for at dette kan finne sted. Lar man derimot gonoré-kerne gå i ukevis med sine smittsomme symptomer skulle man tenke at sjansene herfor ble betydelig redusert. Gonoréen har jo i årtier vært den mest utbredte sykdom her til lands, den har nesten holdt seg konstant fra forrige krig på et høyt antall pr. år (6 à 7 000 tilfelle). Nye tilfelle av syfilis derimot var før siste krig blitt en meget sjelden foreteelse, slik at det f. eks. oftest var meget vanskelig eller umulig å fremskaffe pasienter med primær eller sekundær lues til demonstrasjon for de vordende læger. I 1940 anmeldtes alt i alt bare 335 nye tilfelle av syfilis, hvorav de aller fleste var importert med sjøfolk. Selv om sykdommen under siste krig tiltok betydelig igjen (2 041 tilfelle i 1943) må det forventes at man med våre nåværende gode behandlingsmidler relativt hurtig igjen kan bringe den ned på et lavmål. Dermed vil sjansene for en venerisk dobbeltinfeksjon også betraktelig reduseres, og dermed vil også tvilen om øyeblikkelig penicillinbehandling ved gonoré kanskje helt elimineres.

Primær hudtuberkulose omtales ikke sjelden i litteraturen, likeså er primær tuberkulose lokalisert til genitalia omtalt av flere forfattere.

Hellerstrøm omtaler imidlertid et tilfelle og refererer to tilfelle fra litteraturen, samtlige kvinner, med genitaltuberkulose hvor denne skyldes smitte fra menn med urogenitaltuberkulose og T.B. i urinen. Ut fra denne smittemåte og smittekilde mener Hellerstrøm det eksisterer en genitaltuberkulose på venerisk basis.

Sverre Strand beskriver et tilfelle fra Det norske radiumhospital hvor en mann innlegges med en ulserasjon på penis suspekt på kancer. Den histologiske og bakteriologiske diagnose er imidlertid tuberkulose og hans lidelse er opptrådt 3 uker etter coitus med en kvinne lidende av nyretuberkulose og T.B. i urinen.

Da det såvidt man kan se ikke er referert flere tilfelle hvor smittekilde og smittemåte er som ovenfor nevnt, kan kanskje følgende parallelle kasus ha interesse:

En 38 år gml. gift kvinne ble 4/10 1944 innlagt i avdelingen for glandelabsess i v. lyske. Tidligere stort sett frisk. Vel 5 uker merket en kul i v. lyske. Denne har vokset jevnt, ingen ømhet. Pasienten har også, særlig siste uke, merket sjenerende sårhet i genitalia ext. på v. side. Ved generell undersøkelse fantes intet spesielt. Afebril. I v. lyske medialt og like under lig. inguinale fantes en nesten mandarinstor lappedelt tumor. Huden var i et lite parti adherent til tumor og blåligrød farget og ganske tynn. Der var fluktusjon. Ingen ømhet. Tumor var for øvrig fast. Ved gynekologisk undersøkelse fantes en lett blødende sårhet, men ingen egentlig ulserasjon på v. side i hymenalringen. Pirquet +. Sr. 30 mm.

Inntil videre må vi imidlertid imøtese en såvidt stor syfilis-frekvens her i landet — ikke minst når våre sjøfolk etter hvert kommer hjem — at jeg vil tro det er riktigst ved en frisk gonoré primært å igangsette en sulfatiazolkur, eventuelt kombinert med feber- og sprøytebehandling, og så først etter 1 måned for menn, resp. 2 mndr. for kvinner gå over til penicillin-behandling ved de refraktære casus. Denne fremgangsmåte skulle jo også passe godt inn i den penicillinlønnsens tid vi ennå noen tid synes å måtte lide under. Byråsjef Schmid i Helsedirektoratet opplyser nemlig at sjansene for øket import av penicillin fra Amerika foreløpig er små. Selv om den kvote Norge er tildelt er relativt rikelig, så er det ennå knapt nok til sykehusene, og det vil kunne gå atskillig tid før vi får så meget til landet at hver enkelt læge kan ta det i bruk i daglig praksis. Men før så skjer har vi heller ingen sjanser for å kunne utrydde gonoréen som folkesykdom.

ikke hyppigere enn det vanligvis skjedde før sulfatiazol (= Su) ble innført i behandlingen. Derimot viste det seg at dødeligheten var meget mindre enn tidligere.

Gjerd sjø slutter herav at en del pnevmonias. reddes fra døden ved hjelp av Su, men uten at det derfor inntreer noe kritisk tp.fall og finner videre at i de tilfelle hvor det inntreer krise kommer denne en eller flere dager tidl. ved bruk av Su enn uten behandling. I overensstemmelse hermed ble hele sykdomsforløpet avkortet og pas. skrevet ut av sykehuset tidl. enn det før var vanlig.

Det vises videre at det er unødvendig å fortsette Su-behandlingen lenger enn $\frac{1}{2}$ —1 døgn etter at krisen er inntrådt.

Gjerd sjø peker videre på at det ikke er nødvendig at tp. straks går ned til eller under 37° . Det er nok at det kommer et kritisk tp.fall fra f. eks. 40° — 38° , forutsatt at en ser den typiske forbedring av almentilstanden. Heller ikke i slike tilfelle behøver en fortsette Su-behandlingen.

ET KRUPPMATERIALE FRA DRAMMEN SYKEHUS

Erik Vogt omtaler et materiale som består av 109 tilfelle av difterisk krupp med larynxstenose innlagt i Drammen sykehus fra juli 1941 til november 1944.

Diagnosen ble bakteriologisk verifisert hos 86 pasienter (79 pst.). Hos de øvrige ble diagnosen stillet klinisk.

Alderskurven viste maksimum ved 1 års alderen med steilt fall mot yngre og eldre alder. (En må regne med at antall tilfelle i skolebarnsalderen er redusert p. g. a. vaksinasjon.) Den yngste pasient var 4 mndr., den eldste 71 år. Krupp var ingen sjelden sykdom hos voksne, således var 17 pasienter over 30, og 6 pasienter over 40 år.

Klinisk nesedifteri fantes i 18 tilfelle (16,5 pst.) og belegg i svelget hos halvparten av pasientene.

Tracheotomi ble utført hos 83 pasienter, dvs. i $\frac{3}{4}$ av alle tilfellene og hyppigst i alderen 1—5 år.

Mortaliteten i det samlede materiale var 26 pst., — for de tracheotomerte 30 pst. Mortaliteten var høyest hos små barn og eldre pasienter og betydelig øket ved samtidig belegg i svelget. Den relativt høye mortalitet syntes å bero, dels på den hyppig kompliserende svelgdifteri dels på de lange avstander i fylket (Buskerud). Enkelte pasienter kom inn i moribund tilstand og døde umiddelbart i tilslutning til tracheotomien. Regnes ikke disse pasienter med, blir mortaliteten for de opererte 23 pst. Hos 8 av 28 døde pasienter må prognosen antas forverret ved at innleggelse i sykehus ble utsatt i påvente av bakteriologisk diagnose. Det poengteres at diagnosen difterisk krupp først og fremst er en klinisk diagnose, og at en i tvilstilfelle bør handle som om det forelå difterisk laryngitt uten å avvente den bakteriologiske diagnose.

Trachealkanylen ble hyppigst fjernet 4. og 5. dag.

Gjennomsnittlig serumdose til pasienter uten halsaffeksjon varierte fra 15 000 enh. hos spebarn til 40 000 i 7 års alderen. Til voksne bruktes relativt mindre doser.

Postdifteriske komplikasjoner var sjeldne hos de levende pasienter.

Samtidig med kruppmaterialet ble behandlet 31 tilfelle av uspesifikk akutt laryngitt med stenose. Tracheotomi ble utført hos 8 av disse pasienter med 1 dø

LOKAL SULFATIAZOLBEHANDLING AV SMITTEBÆRERE MED HEMOLYTISKE STREPTOKOKKER OG GULE HEMOLYTISKE STAFYLOKOKKER PÅ NESE-HALSSLIMHINNEN

Den lokale sulfatiazolbehandling som ledd i kamp mot infeksjoner er de siste år blitt mer og mer alminnelig. Ikke bare som middel mot sårinfeksjoner og kirurgiske lidelser har midlet vist fremragende resultater, men også ved behandlingen av farlige virulente mikrober i øvre luftveier, resp. nese og svelg. Det er særlig i Sverige kommet flere arbeider over midlets lokale virkning på akutte infeksjoner i nesene og bihuler. Deri er det få publikasjoner over sulfatiazols lokale virkning på bakteriefloraen hos smittebærere med ovennevnte mikrober.

Camillo Wille har sommeren 1943 offentliggjort et arbeid fra Troms og Tromsø sykehus' fødselavdeling, hvor det i løpet av kort tid opptrådte 5 tilfelle av puerperalinfeksjon og hvor jordmødrene viste seg å være smittekilden. 111 personer av betjeningen undersøkt, det være seg læger, søstre eller betjening øvrig som hadde direkte kontakt med pasientene. 5 ble tatt vanlige utstryk fra nese og fauces med bomullspensel. Det viste seg at 48,6 pst. var positive, dvs. infisert med virulente mikrober, vesentlig hem. str. og gule hem. staf. kokker, som erfaringsmessig gir anledning til infeksjoner. Hele 39,6 pst. av de positive var på søstrene, hvorav 10 av 13 personer fra fødselavdelingen. Begge jordmødrene hadde renkulturer av hem. streptokokker på slimhinnen.

Av de pos. ble 29 behandlet med sulfatiazolinsufflasjon i nese og hals, mens 24 pos. tjente som kontrollmateriale. De 10 pos. individer på fødselavd. inngikk i behandlingsgruppen av hensyn til den antatte smittefelle de representerte. Det ble insufflert sulfatiazolpulver direkte i 15 på hinannen følgende dager med bakteriologisk kontroll resp. 6., 11. og 16. dag. Var prøven negativ ved første eller annen kontroll, ble insufflasjonen seponert, men den bakteriologiske kontroll fortsatte. Kontrollmateriale ble undersøkt de samme dager. Samt ble undersøkt bakteriologisk 30 og 60 døgn etter at 15 dager var gått slik at observasjonstiden for begge grupper utgjorde 75 døgn. I behandlingsgruppen var bare 2 av 29 pos. etter denne tid, mens 21 av 24 pos. i kontrollmaterialet. En supplerende operativ behandling hadde praktisk talt ingen betydning for bakteriologiske sluttresultat, idet behandlingsgruppen og kontrollgruppen viste stort sett samme resultat. Den operative behandling ble alltid innledet før insufflasjonene begynte og først etterat den lokale reaksjon var svunnet. Dette for å sikre seg at anestesen ikke skulle virke hemmende på sulfatiazols antibakterielle egen-skaper.

SULFONAMIDRESISTENT GONORÉ BEHANDLET MED PENICILLIN

Av JOHS. KVITTINGEN

(Fra Marinens sykehus, Skottland.)

Sykehuset som den Kgl. norske marine under krigen opprettet i Skottland var sannsynligvis en av de første norske institusjoner som fikk penicillin til behandling av sulfonamidresistent gonoré. Fra mai 1944 stilte Medical Director General, Admiralty, 1/2 mill. Oxf. U. pr. mnd. til disposisjon for dette formål, og fra høsten 1944 ble det en noe rikeligere tildeling. Det var forutsatt at penicillin kun skulle brukes mot sulfonamidresistent gonoré, og om hvert behandlet tilfelle måtte det skrives en kort rapport. I alt ble 122 pasienter behandlet. 6 residiver, som samtlige ble bra etter 2. kur. Til 10 kurer (kasus 6—15) ble det brukt kalsium penicillin, for øvrig natrium penicillin. Kalsium penicillin ble i 7 tilfelle gitt intravenøst som drypp. (Enkelte hevdet til å begynne med at kalsium-saltet var såpass irriterende at det ikke kunne gis intramuskulært, en misforståelse oppstått p. g. a. lite rene preparater.) Vanlig rutinemethodikk ellers var en i. m. inj. hver 3. time, i alt 5 inj. I noen få tilfelle 6.

Følgende tabell viser dosering og residiver:

Total dose.	Antall pas. beh.	Residiver	
80 000 Oxf. U.	2		
90 000 » »	7		
100 000 » »	76	5	(kasus 38, 55, 62, 83, 106)
110 000 » »	1		
120 000 » »	21	1	(kasus 113).
145 000 » »	2		
150 000 » »	8		
200 000 » »	5		
I alt 122		6	

En skal gi en kort utgreiing om de 6 residiver, kasus for kasus.

Kasus 38. Benekter tidligere venerisk sykdom. Nå sulfonamidresistent ureth. ant. et post. 3. dag etter 100 000 Oxf. U. penicillin igjen utfloed med Gc. +.

Rebehandling startet 4. dag etter første penicillinkur med 10 g sulfatiazol, og dagen deretter 150 000 Oxf. U. penicillin.

Kasus 55. Tidligere flere ganger gonoré. Nå sulfonamidresistent ureth. et prost gon. 4. dag etter første penicillin behandling igjen Gc. +.

Rebehandling 5. dag etter første penicillinkur 8 g sulfatiazol, og dagen etter 160 000 Oxf. U. penicillin.

Kasus 62. Urethritis et arthritus gon. 1942 gonoré komplisert med arthritt. Nov. 1944 igjen ureth. gon. pluss hevelse

av venstre ankelledd som ble behandlet med sulfonamid også kombinert med feber uten resultat. Pasienten en penicillinkur på 100 000 Oxf. U. 12 dager etter urethriten igjen utfloed med Gc. + og samtidig begynte en økende hevelse med smerter i flere ledd, særlig h.

Rebehandling: I løpet av 2 døgn 22 g sulfadiazin og 4 døgn i alt 570 000 Oxf. U. penicillin. To 10 000 Oxf. U. ble satt intra arthikulært. Denne kur hadde god effekt på urethriten, men leddsymptomene gikk langsomt tilbake, og det tok fire mndr. før pasienten utskrivtes til lett tjeneste. Inntil mai 1945 ingen tilbake residiv.

Kasus 83. Tidligere gonoré 2 ganger. 1943 tb. på 1. Juni 1944 sulfonamidresistent ureth. gonoré. 4. dag etter første penicillinkur igjen utfloed med Gc. +.

Rebehandling: 5. dag 10 g sulfatiazol, og neste dag 100 000 Oxf. U. penicillin.

Kasus 106. Lues 1942. Ang. ikke gonoré tidligere. 1945 innlagt Marinens sykehus for sulfonamidresistent et epididymitis gon. som hadde vært under behandling i steds i flere måneder. Residiv 4. dag etter første penicillinkur.

Rebehandling startet samme dag med 7 g sulfatiazol, og 150 000 Oxf. U. penicillin.

Kasus 113. Gonoré tidligere. April 1945 sulfonamidresistent ureth. gon. 5. dag etter 120 000 Oxf. U. penicillin.

Rebehandling startet samme dag med 6 g sulfadiazin påfølgende dag 180 000 Oxf. U. penicillin.

Å starte rebehandling med sulfonamider ble foreslått og anbefalt av Mahoney alt sommeren 1944. Senere er det fra mange hold fremholdt at det øker terapeutisk effekt ved kombinasjon av sulfonamid og penicillin. Residiv-frekvensen i dette materiale sammenlignet med til britiske og amerikanske serier med noenlunde vanlig dosering og metodikk. Det er verdt å merke seg iallfall minst 2/3 av residivene hadde tidligere gonoré én eller flere ganger. En kan vel kanskje tenke seg hos slike pasienter dannelser av foci hvor penicillin ikke når fram til gonokokkene (prostata-abscesser, infeksjoner osv.), i tilstrekkelig konsentrasjon, ved vanlig dosering. Det blir da nødvendig å bruke større flere doser, og om mulig forsøke å komme til med en annen behandling (f. eks. intra arthikulært). En annen mulighet er å forsøke å redusere eller åpne «hule»-dannelser med vanlige metoder som urethra- og prostatamassasje.

Et av våre kasus viste at den mest kompliserte gonoré kan reagere bra på en forholdsvis liten dose penicillin. Denne pasient hadde hatt gonoré flere ganger. I august 1944 igjen innlagt for kronisk gonoré (urethritt, prostatitt, arthritt og hyperkeratose i håndflater og fotballer). Pasienten veide 70 kg, fikk 90 000 Oxf. U. penicillin som drypp i. v. i løpet av 12 timer. Utfloed forsvant i ledd og hudsymptomer gikk pent tilbake. Ingen tilbake residiv inntil våren 1945.

Fra første tid penicillin ble anvendt som en terapeutikum reiste spørsmålet seg om en før eller senere ville «avle» fram resistente stammer lik de sulfonamidresistente. Og som ventet, etter kort tid kom de første publikasjoner som omtalte tiltagende antall penicillinresistente gonoreer og gonokokk-stammer. Men det er — med noen erfaring — har til denne tid ikke kun påvise noen nevneverdig forandring i helbredelsesfrekvensen ved penicillinbehandling av gonoré.

id førstegangsundersøkelsen negative individer, personer, ble bakteriologisk undersøkt ved forluft etter 75 døgn, og det viste seg at fremdeles 4 var blitt positive.

biologiske utstryk fra cervixslimhinnen hos 3 pasienter frembød de samme mikrober som de vider, nemlig hemolytiske streptokokker i renens 2 pasienter hadde vanlig flora post partum. tar til orde for et øket bruk av sulfatiazolon på nese-halsslimer hos smittebærere på rd. Ingen av de behandlede viste tegn på inns- eller allergiske symptomer, og lokalreakvar minimal og forsvant umiddelbart etter onen.

optrådte intet nytt tilfelle av barselinfeksjon på en tid undersøkelsene foregikk, i alt 75 døgn.

DIGITALISGLYKOSIDENE OG DERES ANVENDELSE

(Fortsatt fra s. 157.)

arer 1 mg Digilanid til 400 F. D., 1 mg Pandi-750 og 1 mg Cedilanid til 600 — eller anner-tykt: til 0,10 g fol. digitalis purp. svarer ca. gilanid, ¼ mg Cedilanid og 0,4 mg Pandigal. nor for klinikken angir Oettel flg. tall og minste terapeutiske dagsdose:

	Per os	Intravenøst
.....	3,0—0,45 mg	1,8—0,3 mg
.....	3,0—0,4 »	2,2—0,25 »
.....	4,5—0,25 »	2,4—0,15 »
.....		1,2—0,15 »

delsdose resp. enteralt og i. v. angir han for a og 1 mg, for Digilanid og Cedilanid 1 og

lig at enkelte etter denne oversikt vil mene behandlingen er blitt en høyere vitenskap i matematikk som jo de fleste læger som best reagerer anafylaktisk overfor. Og utvil- også blitt det for den læge som setter sin sine pasienter til enhver tid få del i viten- landevinninger. Den mer erfarne vil vite er hemmeligheten ved hele digitalisbehand- rkeligheten den enkle ting å gi den riktige uminnelighet si den tilstrekkelige — mengde rat han engang er blitt fortrolig med. Og ke også ha gjort den samme erfaring som minnelige praksis hevder fremdeles de gode blad sitt ry som et pålitelig, godt og billig ket selvfølgelig ikke utelukker at de nye mange situasjoner kan by på fordeler som tlig berikelse av våre terapeutiske mulig- angen av disse muligheter vil en imidlertid kanskje finne mer lønnsomt å overlate

K o r r e s p o n d a n s e r

PLASTERBEHANDLING AV ULCERA CRURIS

Hr. redaktør!

I tilslutning til Oscar Giljes artikkel i «Tidskrift for D. n. lægeforening» nr. 5, 1945 vil jeg komme med noen supplerende bemerkninger. Jeg har nemlig brukt plasterbehandling helt fra 1903 ved alle mulige kirurgiske ulcera med større eller mindre tap av epidermis. Jeg ble oppmerksom på denne behandlings fortreffelighet under min tjeneste som reservelæge ved Bergens komm. sykehus i årene 1903—05 og har senere til stadighet anvendt den. De kandidater jeg i den tiden hadde å gjøre med gjorde jeg oppmerksom på behandlingen, og en av dem, distriktslæge A. Bjørneby på Flisa som har brukt metoden, har flere ganger uttalt sin tilfredshet med den.

I årenes løp har jeg også behandlet atskillige ulcera cruris og er helt enig med dr. Gilje i behandlingens effektivitet. Gamle ulcera går det dog best med når man først legger pasienten 8 à 14 dager til sengs med benet høyt; såret renser seg da fortere, og der kommer snarere friske granulasjoner, og det er etter min erfaring betingelsen for at plasterbehandling kan begynne. Andre friske og ikke infiserte sår kan derimot fra første stund behandles med plaster — også brannså.

Jeg dekker alltid hele såret med en enkel plasterlapp eller med strimler i taktekningsfasong om det passer bedre selv om sekresjonen til begynne med er noe rikelig. Man bør jo alltid dekke plasteret med gasforbinding som når et par cm utenfor plasterkanten. Sekretet finner alltid vei ut fra plasteret og oppsuges av gasen. Ved rikelig sekresjon får man da skifte bandasjen hver dag et par ganger, siden hver annen dag og på slutten kanskje hver tredje. Det er helt forbausende hvor hurtig epitelet bærer seg inn over sårflaten. Det forekommer meg også at arrene etter denne behandling blir penere og at de har mindre tilbøyelighet til å skrumpe. Hva er nå grunnen til dette, spør dr. Gilje, og det gjør også jeg.

Jeg har tenkt meg at grunnen er den at de levende hudceller i sårkantene under plasteret finner de vante normale livsbetingelser som før skaden. Plasteret erstatter hornhuden: Det beskytter mot ytre molest og hindrer avkjøling så cellene beholder sin *tilvante temperatur*; og det sårsekret, som samler seg under plasteret, er blodserum og/eller plasma, som er cellenes normale næringsmiddel og som intet omslagsvann — selv ikke det såkalte fysiologiske saltvann — kan hamle opp med. Hudcellene får med andre ord de mest ideelle vekstbetingelser. Jeg tror ikke at selve plastermassen har noen særlig betydning. Vi har nå under krigen hatt et svært dårlig plaster som luftplaster betraktet; men jeg synes virkningen på epidermiseringen har vært omtrent den samme som med førkrigsplasteret. Det viktigste er, som også dr. Gilje anfører at plasteret er lufttett og såpass fast og solid i lerretet, at det ikke så lett folder og krøller

I British Journal of Venereal Diseases des. 1945 skriver J. Marshall: «There is, as yet, no evidence of the existence of a state of Penicillin resistance comparable with the well-known sulphonamide resistance...» senere i samme artikkel: «It is still much too early to say whether or not penicillin-resistance either as a host-factor or as a microbic factor is likely to appear.»

I det forholdsvis lille materiale fra Marinens sykehus er det intet som tydet på at resultatene med penicillin er dårligere våren 1945 enn våren 1944.

De resistente kasus bør vel granskes grundig før de blir lansert som penicillinresistente. Og den første faktor som da vel ligger nærmest til revisjon er om det i det hele er gonokokker en driver å forsøke å utrydde. En amerikansk arbeider er det referert at ved nøyere undersøkelse av «feilslagere» viste det seg hos noen at deres Gr. ÷ diplokokker var ikke gonokokker.

I Marinens sykehus ble det innlagt en pasient fra en marinebasis med diagnose: «Kronisk gonoré, penicillinresistent.» I den sparsomme utflod som plaget pasienten er det ikke mulig for oss å finne gonokokker, men derimot fullt av gr. ÷ staver. Vanlig skyllebehandling ga god bedring meget fort. En annen grunn til at penicillinbehandling ikke fører fram, kan være at gonokokkene finnes bak barrierer som penicillin ikke trenger igjennom i tilstrekkelig mengde til å oppnå bakteriostatisk konsentrasjon. Gonoréen er da rett nok penicillinresistent, men gonokokkene behøver ikke å være det. Under en penicillinkur bør præputialsekken skylles grundig i tilfelle partiell phimose. Det er iallfall en teoretisk mulighet for at gonokokkene kan overleve kuren der straks reinfisere urethra.

Hvilken dosering av penicillin som bør anvendes, er et aktuelt spørsmål. I gonorébehandlinger angir noen ikke så gode resultater med f. eks. 100 000 Oxf. U., som andre oppnår med 120 000. Samme metodikk er anvendt. Slike variasjoner kan kanskje ha den naturligste forklaring. I meget få arbeider ser en nemlig noen tale om pas. legemsvekt. Hvis en antar at penicillin fordeler seg noenlunde jevnt i legemet, skulle det være naturlig at dosen fastsettes pr. kg l. v. Gjennomsnittsverken for de 122 pasienter i dette materiale var 71,3 kg. Gjennomsnittstotaldose penicillin gitt var 111 000 Oxf. U. = ca. 1557 Oxf. U. pr. kg l. v. Tyngste mann veide 108 kg, fikk 100 000 U. med godt resultat. Letteste pasient veide 52,3 kg, fikk 100 000 U. og residiverte (kasus 106). Hule-dannelse (epididymitt) kan være grunn til at behandlingen slo feil, tross denne pasient har fått mer enn dobbelt så mye penicillin pr. kg l. v. som tyngste mann. En skulle anta at en totaldose av 1500—2000 Oxf. U. pr. kg l. v. fordelt på fem doser med tre timers mellomrom skulle være tilrådelig behandling mot ukomplisert gonoré.

Til slutt skal en minne om nødvendigheten av kontroll av penicillinbehandlede gonoroikere med henblikk på et protraisert utbrudd av lues. Til denne tid har en notert at minst to av de 122 er kommet under behandling for lues, som vedkommende sannsynligvis hadde pådratt seg samtidig med den gonoré de ble penicillinbehandlet for.

GASSGANGREN BEHANDLET MED PENICILLIN

Meddelelse av et tilfelle.

Av L. EITINGER

(Fra Hamar kommunale sykehus.

Sjef: Overlege N. K. Bockmann.)

Vår pasient er en 70 år gammel gårdbruker fra Vang. Han er temmelig tunghørt og noe egen, så at det var vanskelig å få noen ordentlige opplysninger av ham. En fikk dog vite at han fem dager før innleggelsen var blitt sparket av en hest i høyre albue. Dagen etter var han til røntgenundersøkelse. En kunne da ikke påvise noe. Han gikk så hjem igjen og brydde seg ikke videre om armen. Menighetssøsteren som tilfeldigvis var på besøk hos ham tilkalte lægen. Armen var da blitt svært hoven og ille. Innleggende læge tok pasienten med seg til sykehuset. Ved innleggelsen fantes det stort sett normale forhold bortsett fra høyre arm. Der var det en svær hevelse av hele armen helt ned til håndryggen. Huden var spent, glinsende og sterkt misfarget over det hele. Like ovenfor albuen, på lateralsiden, fantes det en ca. 4 × 8 cm stor defekt i epidermis, og underhudsvevet viste seg der nekrotisk og misfarget. Det sivet fram en grågul farget, blakket væske, og det kom også en del luftblærer. Ved palpasjon kjente en tydelig knistring i underhudsvevet, særlig i nærheten av huddefekten.

Pasienten ble isolert, og det ble satt i gang penicillinbehandling. Samtidig ble det gjort en lang insisjon på høyre arms lateralside med en kontrainsisjon på underarmen. Vevet lot seg lett løfte i store skikter fra hverandre, og en kunne med hånden gå inn både under huden og musklene nesten rundt hele armen. Albueddet lå blottet. Vevet var flesket, det fantes nesten ikke pusssekresjon, men det kom rikelig gråfarget, illeluktede væske. Sykdomsforløpet var temmelig kort. Allerede et par dager etter kom det innskrenkning av sekresjon, ødemet gikk tilbake, og pas. kunne utskrives til poliklinisk viderebehandling allerede etter femten dagers sykehusopphold.

Han hadde da fått i alt 182 cm³ eller 910 000 Oxfordenheter penicillin, idet han som første støttedosis fikk 100 000 O. E. og siden hver fjerde time 20 000 O. E., fra og med femte dag 10 000 O. E. hver fjerde time.

Dette tilfelle byr på flere interessante synspunkter. Bortsett fra pas. personlighet — (han går nemlig hver dag han skal skifte sine to mil til fots, trass i det at han er temmelig rik, han arbeider med hånden, «sager og hugger bare litt ved», trass i det at det ble sagt ham at han ikke skulle gjøre det. Han er en celeber globe-trotter og reiste flere ganger til Amerika og andre land like uforberedt som til Hamar eller Oslo) — er jo diagnosen gassgangren ikke noen hverdagsdiagnose.

Demonstrasjon ved Hamar og omegns legeklubbs møte den 5. desember 1945.

Gassgangren blir fremkalt av en rekke anaerobe bakterier som bacillus Welch-Frænkel (*Clostridium perfringens*), b.ødematicus Nowy (*Clostridium nowyi*), vibriion septique (*Clostridium septicum*). Disse mikrobene lever i likhet med tetanusbakteriene i fordøyelsestraktus til husdyr, særlig hos hester, og infeksjonsmodus er den samme anaerobe som ved tetanus. Inkubasjonstiden er fra et par dager til to uker, men en kan av dens lengde ikke slutte noe som helst for sykdomsforløpet. I vårt tilfelle varte den fire dager. Gassgangrenen er hyppigst lokalisert til ekstremitetene og finnes ofte — bortsett fra krigsskadene — hos landbefolkningen, hovedsakelig grunnet infeksjonsveiene, som også vårt tilfelle beviser.

Hovedsymptomene er høygradig betennelse, ødem med gassdannelse og nekrose særlig lokalisert til muskulaturen. Lokalt sees det sterk misfarging av huden og et ødem hvor en kan påvise gassknitring. Lite eller ingen pussekresjon, men tynn, blodig og stinkende væske. Alle disse symptomene fantes hos vår pasient.

Diagnosen verifiseres ved en bakteriologisk undersøkelse, idet en kan påvise grampositive staver, gassbakterier, i den nevnte stinkende væske. Dette lyktes i vårt tilfelle dessverre bare delvis. Preparatene vi hadde tatt første dagen ble ved et uhell ødelagt, og da vi tok nye preparater hadde pasienten vært penicillinbehandlet allerede i tre dager. Resultatet fra prof. Thjøttas bakteriologiske undersøkelse lyder således:

«I utstrykspreparatet finnes et par grampositive staver som hva utseende angår godt kan være *Clostridium perfringens*, men det kommer ingen vekst fra kulturen anlagt etter oppbløtningen av preparatet og utsed på anaerobe medier. Da pas. er penicillinbehandlet er det ikke umulig at pusset virkelig har vært sterilt.»

Hva prognosen av gassgangrenen angår er den jo som bekjent temmelig dårlig. Etter en svensk statistikk fra 1938 er mortaliteten 50 pst. hos sterke individer som blir både serumbehandlet og hvor ekstremitetene blir i tide amputert eller minst bredt insidert. Hos gamle og debile individer uten serumbehandling og uten amputasjon skal den være 100 pst. Vår pasient er ikke blitt serumbehandlet, og armen er ikke blitt amputert. Det skal tilståes at vi første dagen tenkte på en amputasjon, men takket være overlægen ble pasientens arm reddet. Han kom seg forbausende hurtig og godt.

(Fortsatt fra side 192.)

LEPTOSPIROSIS SAXKOEING

Litteraturfortegnelse:

1. Borg Petersen, C.: Acta convent. III. de trop. morb. Amsterdam (1938) 1, 396.
2. Borg Petersen, C.: Acta path. & microbiol. Scand. (1943), 20, 793.
3. Borg Petersen, C.: Ugeskrift for Læger (1944), 106, 617.
4. Borg Petersen, & I. Christensen: Ugeskrift for Læger (1939), 101, 697.
5. Dahl, Sven: Manuskript innlevert til Bibliotek for Læger.
6. Kappelgaard, P. S.: Ugeskrift for Læger (1944), 106, 1016.
7. Kathe, J.: Ergebn. d. Hyg. (1941), 24, 159.
8. Kathe, J.: Zschr. f. Imm. (1943), 103, 60.

COARCTATIO AORTAE

Av OLE W. TENFJORD

(Fra Aker sykehus, med. avd.
Sjef: Overlæge, dr. med. K. Motzfeldt.)

Siden Goldblatts grunnleggende forsøk målet om den arterielle hypertensjons terapi inntatt en sentral stilling i den medisinske behandling av hypertensjon. Tidsskriftet har tidligere inneholdt en artikkel om den arterielle hypertensjon ved ensidige aortastenoser (H. Storm Mathisen, H. G. Dedichsen, Tidsskriftet for Læger (18) 1945). Det foreligger også en annen artikkel om hypertensjonstilstand som fremkaller arteriell hypertensjon hos enkelte individer: Forsnevringen av aorta descendens og kalte isthmus-stenose eller coarctatio aortae er det beskrevet få tilfelle (Hansten 1915, H. Olm 1925 og Gerhard Larsen 1935). Den forekommer sikkert hyppigere enn dette er kjent for. Denne tilstand er nå også blitt gjenstand for en grundig og utbredt kirurgisk behandling. Da det for et vellykket resultat av vesentlig betydning at diagnosen stilles så tidlig som mulig, skal det gis en kort omtale av tilstanden og slutning til et tilfelle som nylig er observert på Aker sykehus, med. avd.:

Kasus: Det gjelder en 33 år gammel mann som ble innlagt i avdelingen for feber av ukjent årsak.

Frisk familie. Han hadde hatt de vanlige barnsykdommer ellers frisk i oppveksten. I 18-årsalderen begynte han å få ubetydelig dyspne ved anstrengelser, men ikke ved vanlig arbeid. Det sjenerte ham i hans arbeid som mekaniker. I 20-årsalderen rate dyspne holdt seg siden uforandret opp gjennom livet. Han var i fullt arbeid på verksted og følte seg aldri syk. Han var ganske frisk. Han hadde dog en stadig tendens til å få kramper under rask gang så han ofte måtte stoppe og hvile. Øyeblikk hvorved smertene svant. Han hadde aldri tidligere å fryse å bena.

I desember 1943 ble han innlagt i Diakonhjemmet for hypertensjon, dyspepsi, og her ble det påvist at han hadde hypertensjon. Utskrivningen var han i fullt arbeid som vanlig.

I begynnelsen av juli 1945 fikk han en akutt hypertensjon behandlet med skyllinger i 3 uker. De siste ukene av innkomsten var han febril med tiltagende dyspne og holdt sengen og hostet med skummende, blodig sputum. Han merket også ankelødemer.

Status ved innkomsten: Kraftig, velbygd i middelalder. Han var meget medtatt, blek, satt oppreist i senge. Han hadde sterk dyspne og hostet med blodig ekspektat. I tillegg hadde han cyanose av leppene og venestuvning på halsen.

Tp. 37,7. SR 73 mm.

Blodtrykk 210/70, å venstre ben 105/60.

Puls: Celer, kraftig, lik på begge sider.

Pulsasjonen i art. femorales, popliteae og dorsales var normal, liten og knapt følbar.

Medialt for scapula på begge sider var det svakt pulsasjon.

Hjertet: Dempning 3. i. — h. sternalrand. I 2. og 3. interkostalrom fremre axillarlinje. Over apex cordis hørtes en 2. tone med tydelig 2. tonal bilyd som fylte hele systolen. Tydelig 2. tone med tydelig 2. tonal bilyd over apex, tiltagende mot basis og med p. m. over sternum svarende til 2. tone med tydelig 2. tonal bilyd.

Lungene: Rikelig fuktige blærer over begge lunger.

Abdomen: Leverranden såvidt palpabel, ellers normal.

Urin: Normal.

De nye lægemidler, i særlig grad de kjemoterapeutiske, har fått en enestående publisitet, og de blir ofte vidd en til dels sensasjonell omtale i dagspressen lenge før det foreligger noen kliniske forsøk av betydning.

Et sådant preparat er det nye antibiotikum *streptomycin*. Sverre Aarseth har nylig i Nord. Med. publisert en oversikt herom. Forløperen for dette middel var det i Amerika fremstilte *streptothricin*, en antibakteriell substans som dannes av en *Actinomyces*-art, *Actinomyces lavendulae* som finnes i jordbunnen. Preparatet viste en sterk antibakteriell virkning overfor en rekke gram-negative mikrober, men var imidlertid så toksisk at det ikke kunne nyttes i terapien.

Med utgangspunkt i *streptothricin* søkte en å finne lignende stoffer som kunne vise seg klinisk anvendelige, og i 1944 kunne amerikanerne Schatz, Bugie og Waksmann meddele at de hadde funnet et beslektet stoff: *streptomycin*.

Dette nye stoffet dannes også av en *Actinomyces*-art, *Actinomyces griseus* som finnes i jordbunnen. Soppen vokser på alminnelig pepton-kjøttekstrakt. Av filtratet utvinnes *streptomycin*. Det er et lysegult pulver, lett oppløselig i vann. Kjemisk opptrer det som en organisk base. Det oppsuges hurtig i organismen etter parenteral injeksjon og utskilles raskt gjennom nyrene, men går (i likhet med penicillin) bare i små mengder over i cerebrospinalvæsken.

Streptomycin doseres i enheter. En *streptomycin*-enhet er den mengde tørrsubstans som skal til for å hindre veksten av *Escherichia coli* i 1 cm³ buljong eller agar.

Det foreligger en rekke amerikanske meddelelser om in vitro og invivoforsøk, og det har vist seg at bl. a. følgende påvirkes av *streptomycin*: *Eberthella typhosa*, *Salmonella paratyphi A & B*, *Salmonella schottmülleri*, *Shigella dysenteria*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Brucella abortus*, *Pasteurella tularensis*, alle bakteriearter som ikke påvirkes av penicillin. De to stoffer synes å utfylle hverandre på en vidunderlig måte. Man ser hvilke enorme muligheter man her står overfor. Penicillin er en syre, *streptomycin* er en base. Skulle det være mulig at de to stoffer kunne danne et salt, penicillin-*streptomycin*at, med bibehold av begge stoffers antibiotiske egenskaper? Det er et spørsmål som alt reiser seg. For tiden arbeider hundrevis av forskere i Amerika med *streptomycin*et, og de store kjemiske og farmasøytiske firmaer har satt inn millioner av dollars med en masseproduksjon av stoffet for øye. Den nærmeste fremtid vil bringe nye meddelelser om bruken av det og hva man kan vente seg av det i klinikken. Det er iallfall god grunn til å tro at *streptomycin* vil vise seg å være et nytt revolusjonerende kjemoterapeutikum, som vil komme til å stå side om side med sulfonamidene og penicillin.

For tiden prøves *streptomycin*et klinisk, men behandlingen befinner seg på forsøksstadiet, og det foreligger få meddelelser om resultater.

PENICILLIN PR. OS

Hvis et medikament kan gis pr. os, byr det på betydelige fordeler fremfor parenteral injeksjonsterapi. Man begynner med fant man at penicillinet ikke egnet for oral medikasjon da det destrueres av ventrikkens saltsyre. Senere har man funnet at dette bare delvis tilfelle og at medikasjon pr. os nok kan gjennomføres selv hos normacide individer.

Man finner tre artikler om dette emne i The Journal of the American Medical Association, september 1945, bind 129 (s. 315, 320, 327). M. Finley, M. Meads og E. M. Ory har delvis prøvet penicillin tilsatt bufferoppløsninger og stabilisatorer, de vanlig oppløsninger i saltvann pr. os hos normacide personer og brukt achylikere som kontroller. De har også behandlet en rekke gonoréikere og pneumoniaspasienter med disse preparater pr. os. Det ble påvist at hvis 90 000 enh. penicillin ble gitt en halv time før frokost var penicillinspeilet i blodet å sammenligne med det som oppnås etter injeksjon av 15—20 000 enh. intramuskulært.

Hvis samme dose ble gitt en halv time etter frokost var de oppnådde penicillinkonsentrasjoner i blodet lavere og uberegnelige. Hos achylikere var de oppnådde konsentrasjoner høyere enn hos normalindivider. De gjaldt medikasjon så vel før som etter måltider. Man fant også at de vanlige penicillinoppløsninger gitt pr. os ga like høye konsentrasjoner i blod som de man oppnådde ved spesialpreparatene for oral medikasjon. Unntatt herfra var de gunstige resultater man oppnådde hvis aluminium-hydroksyd-gel ble gitt i tillegg til vanlige penicillinoppløsning etter måltid.

Pneumokokk-pneumonier og gonoréiske infeksjoner ble fullt tilfredsstillende helbredet ved oral medikasjon, dog anbefales å gi den første dose parenteralt. Den særlig rask virkning er ønskelig.

S. Ross, F. G. Burke og P. M. McLendon har prøvet ga penicillin pr. os i dobbelte gelatinkapsler som inneholdt 100 000 enh. En slik kapsel ble gitt hver 2. time til 10 barn som led av gonoré, 2 med pneumoni og 2 med sinusitt. Alle gikk raskt til helbredelse. De relativt store doser fremkalte ingen toksiske bivirkninger hos barna.

P. A. Bunn, W. McDermott, S. J. Haddad og A. C. Carter har behandlet 45 pasienter lider av pneumokokk-pneumoni med utelukkende oral penicillinmedikasjon.

Det ble gitt en initial dose på 200 000 enh. og deretter etter 50 000 enh. hver 2. time hele døgnet. Etter 48 timer i krise inntrådte ble nattmedikasjonen sløyfet. Varigheten var 4 til 7 dager unntatt i 4 tilfelle. Det anbefales å fortsette medikasjonen i 7 dager for å unngå relaps. Det forekom bare ett dødsfall (en alkoholiker med leverkirrose) samt et tilfelle av postpneumonisk emfysem. Slik at det terapeutiske resultat stod fullt på høyde med hva man kan vente av den intramuskulære penicillinmedikasjon.

behandling. I de fleste tilfelle inntrådte krisen straks man satte inn med behandlingen. Bortsett fra en lett urtikaria i et tilfelle sås ingen toksiske reaksjoner.

Man må imøtese den dag da tilgangen på penicillinpreparater også i Norge blir så rikelig at vi kan tillate oss å gå over til den orale medikasjon.

(J. A. M. A. 129, 1945.)

BEHANDLINGEN AV STENOSIS PYLORI CONGENITA

Ernæringen må gis i små og hyppige doser, enten den består av brystmelk eller kunstig ernæring; brystmelken kan eventuelt utmelkes. Det er vanskelig å si hva en skal gi kunstig ernærte barn med pylorusstenose, men i alminnelighet skal en gi mer konsentrerte blandinger enn det som svarer til alderen, eventuelt velling, om nødvendig av halvskummet melk eller kjernemelk. I noen tilfelle gir smørmelsvelling, i andre tilfelle eggehvitemelk det beste resultat. Det må advares mot for hyppige vekslinger fra det ene til det annet. I den siste tid har sitronsyremelk vært meget anbefalt.

Hvis en ikke kan holde barnets turgor tilfredsstillende ved like gjennom ernæringen, kan man gi saltvann enten per rektum eller subkutant 2—4 ganger i døgnet. For å unngå retensjon i ventrikkelen og derav følgende dilatasjon og gastritt er det ofte nødvendig å tømme ventrikkelen gjennom sonde og eventuelt skylle gjennom sonde.

Etter at eumydrinet er innført i behandlingen av pylorusstenosen har forløpet og dermed også prognosen for sykdommen forandret seg vesentlig. En kan derfor nå i motsetning til tidligere driste seg til å behandle de fleste tilfelle ambulant. En må naturligvis nøye overvåke barnets tilstand.

Eumydrinet gis i vandig oppløsning 1 cg til 100 g. Herav inneholder 5 g $\frac{1}{2}$ mg. Som forsøksdose kan en gi $\frac{1}{4}$ mg, og hvis det tåles, men ikke er tilstrekkelig, stiger en til $\frac{1}{2}$ mg 15—20 minutter før hvert måltid. En behøver sjelden å gi større doser. Det er som regel tilstrekkelig med $\frac{1}{4}$ mg pr. dose og det er da praktisk å bruke en oppløsning på 5 mg til 100 g. Oppløsningen er ikke holdbar og må derfor ikke være mer enn en uke gammel. De fleste barn tåler eumydrinet godt. Hvis det viser seg symptomer på eumydrinforgiftning, må midlet straks seponeres. Symptomene kan opptre meget lunefullt, ofte langt ute i behandlingen, og det er etterhånden meldt flere dødsfall. Hvis det opptre feber, pupilldilatasjon, sterkere motorisk uro, erythemer, meteorisme, må en seponere midlet og ikke ta opp igjen behandlingen med det.

Det er flere, særlig amerikanske forfattere, som hevder at alle barn med congenit pylorusstenose bør opereres så snart en har stillet diagnosen.

Den operasjon som anvendes er den Fredet-Ramstedtske operasjon. Den gir i mange tilfelle gode resultater, men krever en øvet kirurg og kyndig pediatrik behandling både før og etter operasjonen. Sykdommens forløp

blir betydelig forkortet, og risikoen for at barna, som ofte er sterkt medtatt, skal dø av interkurrente sykdommer er sterkt forminsket. Likevel er mortaliteten neppe mindre enn under en velleddet eumydrinbehandling. Vil en operere må en ikke utsette operasjonen til barnet er blitt for medtatt. Dette vil si at hvis en medisinsk behandling ikke har gitt noe resultat i løpet av 8—14 dager, kan en overveie om en bør operere.

(Gjørup, Ernst, M. pr. Lg.: 22: 1, 1944.)

VIRKNINGEN AV A-VITAMINMANGEL PÅ RESISTENSEN HOS ROTTER OG MUS OVERFOR INFEKSJON PR. OS MED S. TYPHI-MURIUM

Kligler, Guggenheim og Henig har utført infeksjonsforsøk med *Salmonella typhi-murium* på avitaminotiske og hypovitaminotiske mus og rotter.

I første forsøksserie fikk 45 mus som led av sikker avitaminosis A 0,05 cm³ av en 24 t.gl. kultur pr. os, fortynnet med melk. Et tilsvarende antall normale mus ble infisert på samme måte og tjente som den ene kontrollgruppe. Som annen kontrollgruppe tjente 45 avitaminotiske, ikke infiserte mus. Etter 14 dager var 41 dyr døde i forsøksserien. Av første kontrollgruppe var 29 døde og av annen kontrollgruppe 4. De avitaminotiske dyr var således tydelig mindre resistente mot infeksjonen enn de normale.

I annen forsøksserie ble det gitt en lignende bakteriedose til 25 normale mus, 10 hypovitaminotiske dyr og 25 avitaminotiske. Etter 7 dager ble alle dyr drept, og det ble lagt kulturer fra mesenterialglandler, lever og milt hos samtlige dyr. Positiv kultur oppnåddes hos 6 normale dyr, hos 2 hypovitaminotiske og hos 18 avitaminotiske. Det var således ingen sikker forskjell mellom infeksjonsgraden, dvs. tarmens gjennomtrengbarhet hos normale og hypovitaminotiske dyr. Derimot var infeksjonsgraden langt høyere hos de avitaminotiske.

Det siste forsøk ble gjentatt på rotter, og resultatet var det samme. Av to grupper normale dyr på hver 25 dyr ble hv. 14 og 15 infisert. Av 25 hypovitaminotiske dyr ble 13 infisert mens 16 av 18 avitaminotiske dyr infisertes.

Da de siste forsøk syntes å tyde på at den nedsatte resistens først satte inn når det forelå utpreget vektta, reiste spørsmålet seg om den nedsatte resistens kunne skyldes den kvantitative underernæring som dyrene led av. For å undersøke dette ble det gjort forsøk med 3 grupper rotter. Første gruppe fikk grunnkost med rikelig A-tilførsel. Annen gruppe fikk grunnkosten uten A-tilførsel, mens tredje gruppe fikk samme A-dose som første + så meget av grunnkosten som annen gruppe (de avitaminotiske dyr) hadde spist foregående dag. Samtlige grupper ble infisert da annen gruppe var kommet i det avitaminotiske stadium. Samtlige ble drept 4. dag, og det ble lagt kultur fra mesenterialglandler, lever og milt. Resultatet var at av de 50 normale dyr i gruppe 1 fantes 25 infisert. Av de 50 avitaminotiske

STAFYLOKOKKPYEMI BEHANDLET MED PENICILLIN

Meddelelse av 4 tilfelle.

Av OLAV REFVEM

(Fra Bergens komm. sykehus, epid. avd.
Sjef: Overlæge T. Schönfelder.)

Karakteristisk for infeksjoner med stafylococcus pyogenes er tendensen til å danne multiple foci, små eller større abscesser. Denne mikrobe er den avgjort hyppigste årsak til infeksjon av huden, og i regelen starter en stafylokokklidelse med et hudfokus (furunkel, karbunkel, infisert sår) eller en purulent rhinit. Herfra kommer lett spredning gjennom direkte, artefisiell overføring til andre hudområder, eller lymfogen og hematogen forplantning. Ved overgang i blodbanen er tilbøyeligheten til å slå seg ned og danne abscesser i de forskjellige organer mer utpreget enn for noen annen mikrobe. Derfor vil en stafylokokksepsis meget ofte og raskt utvikle seg til en pyemi. — Temperaturen ligger da i regelen som en høy continua eller mer undulerende, mens en sterkere svingende temperatur er sjeldnere. Albuminuri er konstant symptom.

Demonstrasjon i Medisinsk Selskap i Bergen 16. okt. 1945.

holdsvis høye metanolpromille i blodet og den moderat nedsatte alkalireserve kunne forklares ved at det var forløpet maksimalt 12 timer mellom nytelsen av metanol og blodprøvetaking. Det har ikke vært mulig å bringe på det rene om pasienten samtidig har drukket etyllalkohol. Dette ville i tilfelle mulig vært en medvirkende årsak til den moderat nedsatte alkalireserve.

Videre ble det hevdet at giftigheten ikke er avhengig av konsentrasjonen i blodet, men av acidosisens grad. (Røe.) Fra annet hold ble det imidlertid henvisning til at det er beskrevet dødsfall av metanolforgiftning etter få timers forløp på grunn av respirasjonslammelse. (Bang.) Det usædvanlig tynne kranium forklarer at knyttneveslag kan fremkalle brudd av skalltaket.

Rettsmedisinsk har tilfellet interesse med henblikk på den primære dødsårsak. Saken er imidlertid henlagt på grunn av bevisets stilling, idet alle impliserte har forklart at det ikke har vært noe slagsmål i det hele tatt.

Litteratur.

- Bang, Sophus: Lærebok i intern medicin. København 1919.
Guldberg, Gustav: Den rettsmedisinske kommisjonsberetning 1938.
Røe, Oluf: Acta Med. Scand. 1943, Vol. CXIII Fasc. VI.
Sinding-Larsen, Chr. M. F.: Norges Apotekerfor-
nings tidsskrift 1944, nr. 2.

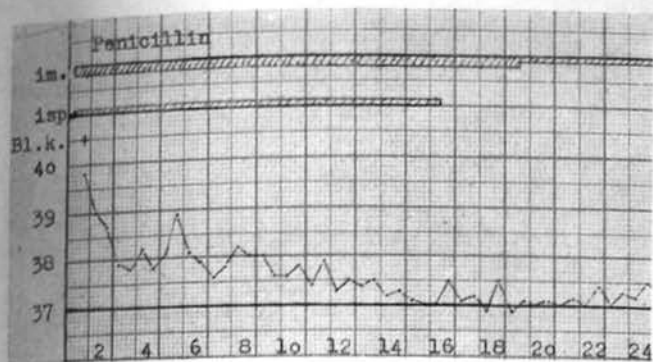
Prognosen er meget alvorlig, med en letalitet på 70 pst. før den moderne kjemoterapi tid, og langsomsykdomsforløp og ganske stor invaliditetsprosent (p. g. a. osteomyelitt) for de overlevende. Særlig meningitt og endokarditt regnet som fatale komplikasjoner. Stafylokokkmeningitt er temmelig sjelden, som isolert affeksjon som kombinert med pyemi. (dansk materiale fra de senere år (Nissen & Ubrant) på 97 purulente meningitttilfelle forekommer således bare ett fremkalt av stafylokokker. Det er delt flere tilfelle av sådan meningitt helbredet ved doser sulfonamider, men prognosen er alltid alvorlig og selvsagt enda mer hvor meningitten er ledsaget av pyemi. Og selv uten meningitt eller endokarditt er siktene for slik pyemi ved kjemoterapi alt annet å lyse. Noen angivelse av letalitetsprosent har det lyktes meg å finne. Men nevnte behandling kan i de fall ikke konkurrere med penicillin, som i disse tilfelle har et av sine hovedindikationsområder, selv om selvsagt heller ikke her regner med noen 100 pst. helbredelse. Det kommer jo bl. a. an på hvor tidlig kommer til. Lokal kirurgisk behandling i tillegg vil være nødvendig.

Vi har ved epidemisk avdeling i siste halvår hatt tilfelle av alvorlig stafylokokkinfeksjon, hvorav det må anses som mulig pyemi, de andre som sikre stafylokokktilfelle.

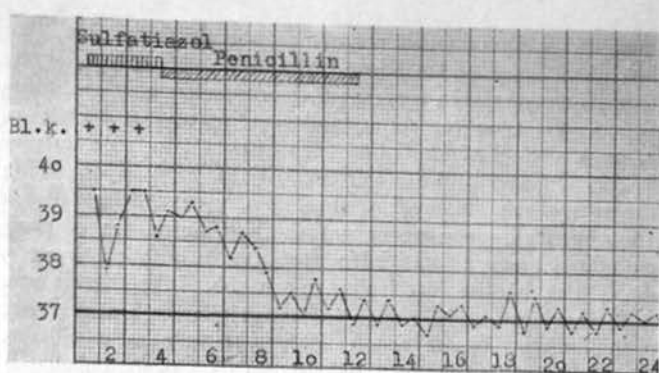
I. Det første tilfelle (Inr. 1379/45) er allerede omtalt her i Med. Selskap av dr. med. J. O. H. B. Jeg vil bare gi et kort resymé av kasus, da det danner en ganske illustrerende bakgrunn for de følgende:

Det var et 5 uker gammelt brystbarn som inntil få dager før innkøsten (i mars i år) hadde vært sunt i enhver henseende. Det kommer inn høyfebrilt med stafylokokkinfeksjon i ansiktet, utgått fra småsår i hodebunnen. Under en sulfatiazolbehandling kommer, sannsynligvis hematogen, spredning til armer og overkropp med dannelse av multiple foci. — 3 uker etter innk. får barnet purulent rhinit (forårsaket av samme mikrobe) og retrobulær abscess. Sulfatiazolbehandling har igjen ingen effekt, og tp. går opp i 40°. Det retrobulære fokus dreneres, og en setter inn med penicillinbehandling (i dose bare 100 000 enh., p. g. a. streng rasjonering) med prøvetilfall til følge. Tross ustøtp. den følgende tid, sikkert på grunn for tidlig avbrytelse av medikasjonen, går alt etter hvert pent tilbake, og pas. utskrives helbredet, riktignok først etter 2½ måned.

Tilfellet illustrerer den vanlige kjemoterapiens begrensede effekt overfor disse lidelser. Penicillinets påtagende virkning i den korte periode det ble anvendt, ga anledning til å vende en anelse om hvor ganske annerledes kortvarig og lettvinnt og ufarlig sykdomsforløpet kunne være. Men om en hadde hatt tilstrekkelig av stoffet til rådighet, slik at en uten å ta sparehensyn kunne ha kvartert den infeksjonen i fødselen. Særlig lett ville dette også ha vært dette tilfelle hvor etiologi og dermed optimal behandling lå like i dagen helt fra først av. — Selv om en ser tilbake fra de sjeldne alvorligste bivirkninger ved kjemoterapi er det viktig å være oppmerksom på at behandling med sulfonamider hos spebarn, gjennom anoreksi, kvalme og oppbrekning medfører et ganske tydelig vekttap og er.



Kurve I.



Kurve II.

skiftetforstyrrelser, som ved allerede på forhånd nedsatt almentilstand kan gjøre denne terapi betenkelig nok, i hvert fall ved uklare febertilstander, eller ved infeksjoner hvor effekten av sulfonamider erfaringsmessig er usikker. Ved penicillinbehandling derimot er det ikke slike hensyn å ta.

II. Det annet tilfelle (Inr. 387/45) er en 12 år gml. pike som tidl. ikke har vært alvorlig syk, men alltid har holdt seg nye tynn og blek. — 5-6 dager før innleggelsen virket hun noe slapp og merket en dag en liten gul blemme på v. nesevinge. Fra 3. dag kom det tiltagende hevelse av v. øyeregion uten særlige smerter eller subj. febersymptomer annet enn tiltagende tørst. Nattesøvnen ble urolig, og hun har ynket seg iblant, har virket litt døs og uklar, og brekket seg de siste dager før innleggelsen.

Ved innk. finnes hun meget medtatt, urolig, nærmest bevisstløs, reagerer praktisk talt ikke på tiltale, snakker over seg og ynker seg ofte. — Tp. er 39,8°. P. og resp. noe ureg. Det er tydelige meningtegn med opisthotonus. Refleksene er noe svekket. Det er sterk *bulbusprotrusjon* på begge sider med chemose og injeksjon av conjunctivae bulbi et palp. Øyelokkshuden er på begge sider sterkt blåligrød med fremtredende venetegninger, og i øyenes omgivelser er det tydelig ødem. I neserotsområdet har en inntrykk av ømhet. Det er ingen synlig strabisme. Pup. reag. godt på lys. På v. nesevinge tyter det fram litt tykt, gult puss fra en liten furunkel. Det er god luftpassasje gjennom nesen og intet puss i nesegangene. — I urinen finnes albumin og svak blodreaksjon. Det gjøres straks spinalpunksjon. Liquor er purulent med 4-5000 celler, men ingen sikre mikrober. Hv. bll. 15000. Det blir samtidig lagt kultur av blod og spinalvæske. I 3. dogn foreligger resultatet: Begge steder *oppvekst av gule hemolytiske stafylokokker*.

Jeg skal få vise en plasje fra Corning, hvorav fremgår at v. ophthalmica drenerer ikke bare orbitaområdet, men også tilgrensende deler av ansiktet.

Utgangspunktet må antas å være nesefurunkelen, hvorfra stafylokokker, ev. gjennom små mellomfoci, er blitt ført til *sinus cavernosus*, som *tromboseres* og kompromitterer avløpet først for v. orbita (som ligger på samme side som nesefurunkelen), etterhånden som tromboseringen griper om seg, også for h. orbita. Denne sinustrombose blir dertil sekundært spredningssentrum. Meningitten kan være oppstått ved direkte overgripen av betennelsesprosessen fra dette eller hematogent fra samme, eller direkte hematogent fra primærfocus, idet ansiktsfurunkler som sitter ovenfor munnen ikke helt sjelden gir meningitt. Overleppeturunklen har jo fått navnet *furunculus mortis*.

Allerede fra innk. blir det slått til med penicillin, første dose iv., senere im. (10000 enh. hver 3. time) og intraspinalt (5000 enh. 2 ganger i døgnet). Effekten er utvilsom. Protrusjonen av v. øye med omgivende ødem øker riktignok noe i første dogn. Men tp. (kurve I) faller pent helt fra først av, og pas. blir fra 3. dogn tydelig klarere etter hvert, om enn med utpreget *slow cerebration*. Eksoftalmus begynner å gå

langsomt tilbake etter en uke. Senere kommer abducensparese på begge sider, og forbigående parese av v. arm av sentral type. Spinalvæsken er klar fra ca. 10. dag med 100 celler. Pas. er fra 12. dag praktisk talt afebril og i ganske god almentilstand.

Ved et slikt infeksjonsfokus i selve karsystemet og tilsvarende stor risiko for spredning, tør en ikke ta noen sjanse, — en fortsetter penicillinbehandlingen gjennom lengre tid tross norm. tp. Den intraspinale sep. etter 15 døgn, den im. nedsettes til halv dose i 19. dogn og fortsettes enda 9 døgn. Det er da gitt i alt nokså nøyaktig 2 mill. enh.

Som det vil ha fremgått, har også dette kasus m. h. t. *infeksjonsforløpet* reagert meget tilfredsstillende. Det er selve den en gang dannede *trombose* som her har laget vanskelighet. Pas. har nå ligget i avd. i 1½ mnd., fortsatt afebril, og er sannsynligvis utenfor fare. Lokalsymptomene er i langsom bedring, men det er fremdeles på v. side en del eksoftalmus med diverse øyemuskel-pareser, mens h. øye er norm. bortsett fra abducensparese. Det er håp om at tilstanden fortsatt vil bedre seg etter hvert som tromboseringen heves eller det etableres bedre avløp ad andre veier. — Det kunne diskuteres om det kanskje samtidig burde være gitt *heparin*.

III. 3. kasus (Inr. 305/45) er en 19 år gml. forlovet pike, gravid i 4. mnd. Etterat hun i 3 dager angiv. hadde vært delvis sengeliggende p. g. a. tiltagende «influenza»-symptomer, fikk hun 4. dag abort, nesten uten blødning, under assistanse av jordmor. Hun benekter provokasjonsforsøk, men hadde i hvert fall, mot sedvane, tatt 2 avf.piller dagen forut, og det skulle være grunn til å anta en kriminell abort, ikke minst p. g. a. det senere forløp:

Hun var angiv. afebril samme kveld, men fikk de følgende 2 døgn stigende feber under frysning og sterk sykdomsformennelse med smerter og kraftløshet i kropp og lemmer. I 2. dogn får hun et plagsomt hold i hjerteregionen ved inspirasjon. Hun blir samme dag innlagt på Kvinneklinikken for sepsis post abortum, og derfra samme kveld sendt videre til epid. avd.

Ved innk. er hun meget medtatt, høyfebril (tp. 39,5°), ligger og småynker seg p. g. a. nevnte hold og smerter og ømhet overalt. Det finnes spredte, inntil enørestore, røde, ømme papler med infiltrert sentrum, på armer, lår og sete. Det er intet å merke ved lunger og hjerte. Abd. er bløt og uømf., bortsett fra uterus, som er godt kontrahert, litt øm og når til midtveis mellom symf. og umbilicus. Det er en del fluor, men ikke særlig stinkende. Det finnes diffus kraftløshet særlig av underekstremiteter, som kanskje har sammenheng med smerter og ømhet. Det er generelt svekkede eller opphevede reflekser, normal spinalvæske, albuminuri.

(Kurve II). Pas. behandles de første 2½ døgn med sulfatiazol i pneumonidoser, uten virkning på tp., som holder seg høy, noe intermitterende. Eksantemet går riktignok tilbake,

men uterus blir tiltagende øm med økende fluor. Hun har hele tiden ligget og småhostet og får i 3. sykehusdøgn sikrere tegn på lungeinfarkt, snart også et betennelsesfokus i v. albu-region. Til tross for sulfatiazolbehandlingen fåes både i 1., 2. og 3. døgn pos. blodkultur med oppvekst av gule stafylokokker. Hennes praktisk talt eneste sjanse er penicillin. Hun får 10 000 enh. im. hver 3. time. *Tp.* viser tydelig fall fra 3.—4. penicillindøgn og er praktisk talt norm. fra 6. penicillindøgn, men medikasjonen fortsetter uforandret i alt 9 døgn. Pas. har da fått i alt 630 000 enh. Like slående som *tp.*forandringen er bedringen subjektivt allerede fra de første penicillindøgn, og de lokale symptomer går raskt tilbake. Hun føler seg fullstendig frisk etter en ukes penicillinbehandling, bortsett fra lett hold ved inspirasjon.

Etter vel en mnd.s opphold i avdelingen utskrives hun helbredet. Det er da intet å merke ved eksplorasjon. Hennes eneste plage er litt hold i v. side ved inspirasjon, en betydningsløs rest etter hennes lungeinfarkt.

IV. 4. kasus (Inr. 159/45) dreier seg om en 13 år gml. gutt, som tidligere alltid har vært frisk. — 4/7 1945 fikk han plutselig sterke, vedvarende ryggsmarter, frysninger avløst av svetteturer, kvalme, litt smerter i hånd- og fingerledd. Læge finner neste dag feber og albuminuri. 3. dag måles *tp.* til 39°, det er nakkestivhet og til dels vanskelighet med å få vannl. i gang.

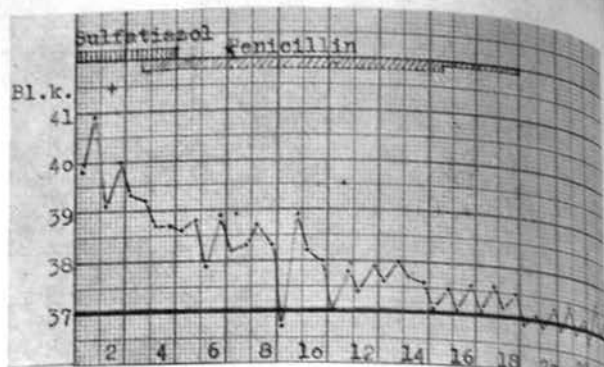
Ved innk. samme dag finnes han høyfebril, sterkt medtatt. Det er utpreget, diffus ømhet og hyperestesi overalt, den minste bevegelse medfører smerte. Han er tydelig nakkestiv, Lasegue er pos. ved 20°. Det høres en *syst. bilyd* over hele prekordiet med p. m. basis. I urinen finnes albumin.

Spinalvæsken er ved innk. klar med ca. 90 overveiende polynukleære celler, allerede 2 dager senere lett plumret, gullig, med celleøkning til ca. 400. Samtidig blir pas. uklar. Fra 2. sykehusdag får han generelt urticarielt eksantem. I tillegg til meningitten utvikler seg i løpet av de første dager etter innk. sikre tegn på osteomyelitt i h. lat. malleol og et subfrenisk (sannsynligvis paranefrittisk) fokus, i hvert fall på venstre, muligens på begge sider, idet det er tiltagende ødem, rubor og ømhet i begge lumbalregioner og tegn på peritoneal irritasjon.

I 2. og 3. døgn får en kulturresultatene fra spinalvæske og blod: begge steder renkultur av *staf.c. aureus*. Diagnosen stafylokokkpyemi er dermed klar, og med bl. a. meningitt og mulig endokarditt skulle prognosen etter vanlig erfaring være pessima. — (Kurve III.) Sulfatiazolbehandling satt i gang ved innk. i voksens pneumonidoser gir et visst *tp.*-fall, men blodkultur er pos. i 2. døgn og, som omtalt, nye foci i full utvikling.

Fra 3. oppholdsdag, dvs. 6. sykdomsdag, får han penicillin im. 10 000 enh. hver 3. time døgnet rundt, og fortsetter med denne dose inntil *tp.* gjennom lytisk fall har nådd norm., det er på 12. penicillindag. Deretter fortsettes med halve doser ytterligere en uke. Han får i alt ca. 1,2 mill. enh. Under denne behandling bedres almentilstanden raskt, samtidig med at lokalprosessene går overraskende pent tilbake. Spinalvæsken er fullstendig normal allerede på 12. penicillindag, med mindre enn 1 celle/mm³, og det var da gått en uke siden foregående punksjon (med 122 celler). Pussekresjonen fra h. malleol, som til å begynne med var rikelig, avtok likeledes hurtig og var fullstendig opphørt etter snaue 3 uker. Rtg.undersøkelse i 4. sykdomsuke kunne ikke avsløre noe benfokus. Også den subfreniske prosess gikk helt tilbake. Han står opp etter 1 mnd., og utskrives fullstendig helbredet etter 6 ukers sykehusopphold. Det skal bemerkes at en ikke fant noen inngangsport for pyemien.

Av en større engelsk statistikk fremgår at en kan regne med en helbredelsesprosent på ca. 50 ved peni-



Kurve III.

cillinbehandling av osteomyelitter, og at prognosen er best i osteomyelittens tidlige stadium.

Det mest forbløffende ved tilfellet er den intramuskulære penicillinmedikasjons slående virkning på denne purulente meningitt. En regner jo ellers med å måtte bruke intraspinal applikasjon av stoffet ved meningitt og opplever likevel skuffelser nettopp ved denne lokalbehandling. I *Florey's* oversiktsartikkel om penicillin i Lægeforeningens tidsskrift nylig heter det kategorisk: «Penicillin kan nemlig ikke passere fritt gjennom de serøse hinner; betennelser f. eks. i pleura eller cerebrospinalkanalen må (uthevet i nevnte artikkel) behandles ved lokale injeksjoner.» En kunne spørre seg om det kanskje i vårt tilfelle har foreligget en eller flere overfladiske hjerneabscesser, som har brutt den serøse barriere. Riktignok hadde vi ikke sikre fokalsymptomer, men abscessene kunne være små eller lokalisert til klinisk stumme hjerneavsnitt. Forutsatt at vi her i landet i det hele tatt er meningsberettiget når det gjelder dette for oss så nye område, er det for øvrig nesten utenkelig at en så utpreget pyogen og focusdannende mikroorganisme som stafylokokken ikke skulle bryte kontinuiteten i disse serøse hinner selv om den skåner hjernen. Et lignende forhold er kjent for sulfonamidenes vedkommende, idet f. eks. sulfatiazol-konsentrasjonen i liquor ved meningitt kan bli ca. 70 pst. av blodkonsentrasjonen, mot 20 pst. av denne i norm. liquor.

De nevnte kasus taler for øvrig for seg selv. Det fremheves ofte nok at penicillin har sin største betydning fremfor alt ved avkortning av de mer banale sykdomstilfelle. Men det gjør det ikke mindre spennende og imponerende å iaktta penicillinets endog livreddende effekt i mer dramatisk pregede tilfelle.

Resymé.

Staphylococcus pyaemia treated with penicillin.

An account is given of four cases of severe staphylococcus pyaemia, two of which presenting a suppurative meningitis. In all cases penicillin showed a striking effect, most remarkable being one case with rapid curing of the meningitis, as well as the other symptoms, by intramuscular injections only.

BØR PENICILLIN BRUKES STRAKS DIAGNOSEN GONORÉ ER STILLET?

Av OLAV IDSØE

I «Tidsskriftet» for 5. januar i år behandler Arne Klem spørsmålet om hvorvidt den vanlige dose for gonorébehandling med penicillin kan «maskere» en samtidig smittet syfilis, og mener at det er riktig inntil videre å holde tilbake penicillinbehandlingen til man kan avgjøre med noenlunde sikkerhet om det foreligger en samtidig smittet syfilis eller ikke.

Penicillin er det beste middel mot gonoré vi hittil har hatt, og det å kunne bruke det så tidlig og i så utstrakt grad som mulig er selvsagt av stor betydning både for den enkelte pasient og for å hindre videre smitte.

Hittil har penicillinbehandling av gonoré vært mest brukt i England og U.S.A., hvor det siden 1943 har vært standardmetoden i de væpnede styrker, og etter krigens opphør også i den civile medisin. Man var tidlig oppmerksom på at en dose på 100 000 E kunne drepe eller hindre utviklingen av overfladiske spirochæter i en allerede utviklet sjanker, og delvis eller fullstendig hele denne, ja tilmed forandre en positiv serologisk reaksjon til negativ. Men det viste seg at dosen var altfor liten til å ha en varig effekt. I mange tilfelle kom det etter kortere eller lengre tid residiv av sjankeren, med positive spirochætefunn, og positive serologiske reaksjoner, og det ble klart at man måtte opp i ganske andre høye doser ved behandlingen av syfilis.

Noe annet var om den alminnelig brukte gonorédose (100 000 E) kunne «maskere» eller trekke i langdrag utviklingen av en syfilis, smittet samtidig med gonoréen. Det foreligger flere iakttagelser om dette, og jeg skal referere noen:

E. Cronin fant av 183 tilfelle av syfilis 10 som samtidig var smittet med gonoré. Av disse hadde 9 fått 100 000 E penicillin og 1 60 000 E. Hos alle disse utviklet det seg en primærsklerose med positive spirochætefunn fra 38 til 42 dager etter penicillinbehandlingen, og fra 45 til 49 dager etter den angivelige smittedag. 2 hadde positiv Kahns reaksjon og 3 tvilsom.

Zakon og Shaffer beskriver ett tilfelle av gonoré med en papillær effloresens på penis, seronegativ, som ble behandlet med 100 000 E penicillin, og 2 måneder senere viste mannen seg med maculopapillær syfilide med sterkt positiv Kahn og W. H.

J. Marsjall nevner 5 tilfelle behandlet med samme dose penicillin, hvor det ca. 50 dager etter behandlingen kom primærår med rikelige spirochæter.

Jones, Maitland & Allen nevner 4 tilfelle av gonoré hvor det etter behandlingen med penicillin kom primærjanker med spirochætefunn. Sårene kom 3 til 6 uker etter behandlingen. Alle disse mener å kunne

utelukke at pasienten hadde utsatt seg for smitte etter at de hadde fått penicillin.

Atcheson refererer ett tilfelle hvor han mener med sikkerhet å kunne utelukke denne mulighet: En soldat som var blitt isolert i en avsidesliggende flyleir siden smittedagen, fikk sekundære syfilisutbrudd med spirochætefunn og positive seroreaksjoner 24 dager etter å ha fått 100 000 E penicillin for gonoré, og 32 dager etter å ha utsatt seg for smitte.

Ikke hos noen kunne således gonorébehandlingen hindre utviklingen av en syfilis med positive spirochætefunn. Primærårene, i 2 tilfelle eksantemet, kom innen 2 måneder etter smitten, hos de fleste før.

Forfatterens konklusjon er at det ikke synes å være risiko for at den nå brukte penicillinbehandling av gonoré vil maskere en samtidig ervervet syfilis. De anbefaler allikevel det alminnelige krav om serologisk kontroll av pasientene før behandlingen settes inn, samt 3, og helst 6 måneder etter.

Med den sterkt økede hyppighet av gonoré og syfilis, og derav følgende større sjanse for samtidig smitte av begge sykdommer, bør vel alle gonorépasienter gjøre oppmerksom på muligheten av en samtidig syfilisinfeksjon, selv om de ikke er penicillinbehandlet. Ulempene med kontrollen bør derfor ikke være nok til å avholde oss fra å bruke dette effektive middel.

Det er 2 andre forhold ved de refererte tilfelle som gir grunn til nærmere refleksjoner: Behandlingen er begynt straks diagnosen gonoré er stillet, og totaldosen har ikke overskredet 100 000 E.

Det er sannsynlig at virkningen av penicilinet på en samtidig smittet syfilis vil være avhengig av når i inkubasjonstiden penicilinet settes inn. Jo tidligere, jo mindre forstyrrelse i forløpet, mens en kur f. eks. i tredje uke vil øve en direkte helende virkning på en nesten ferdigdannet sjanker, og sjansene blir større for at den kan maskeres i kortere eller lengre tid. De serologiske reaksjoner vil formodentlig påvirkes på lignende måte.

At totaldosen er av avgjørende betydning er selvsagt. Jo større doser, jo større effekt på en samtidig syfilis. Konklusjonen blir da: 1. Det er liten fare for maskering av en samtidig smittet syfilis når penicillin brukes straks diagnosen gonoré er stillet, og i doser som ikke vesentlig overstiger 100 000 E. 2. Faren øker sikkert i de tilfelle hvor en må gi et annet eller tredje penicillinstøt og kommer opp i 300 000—400 000 E, 3. og sannsynligvis også når det første penicillinstøt gis lengre ute i gonoréforløpet.

Skal en fullstendig eliminere faren, må en vente med penicillinbehandlingen til en er helt sikker på å kunne ekskludere en syfilis. Men hvor lenge skal en vente? Selv om inkubasjonstiden gjennomsnittlig er ca. 3 uker, kan den være endog meget lengre, og en ventetid på 21 dager vil således ikke gi den fulle trygghet. Hvis det gjaldt en selv, ville det kanskje sitte en liten tvil tilbake.

Og om en allikevel velger å vente med penicillinbehandlingen i 3 uker, er det sannsynlig at de 60 pst. gonoroikere som ikke helbredes med det første sulfatiazolstøt like rolig kan vente? De har lest om penicillin,

og hørt og den og den som har fått vidunderkuren, og blir penicillin lett tilgjengelig, vil de sikkert også greie å skaffe seg en lignende behandling. Dette blir etter min mening meget verre enn straks å gi penicillin i en passende dose, i det man helt taper kontrollen over midlet.

100 000 E penicillin kurerer i dag over 90 pst. av gonorétilfellene i løpet av det første døgn. Det er innlysende hva dette betyr for pasientene, og for å hindre videre smitte. Det riktige må være å slå til med dette glimrende middel straks diagnosen gonoré er stillet, og heller som det er foreslått av enkelte, bruke sulfatiazol og annen behandling i de få tilfelle som er resistente mot det første penicillinstøt.

Problemet blir alvorligere hvis antallet av penicillinresistente gonorétilfelle øker, og en må bruke større og større doser for å få virkning (konferer utviklingen av sulfatiazolbehandlingen). Man kan da lett komme opp i doser som vil maskere en samtidig smittet syfilis så grundig at den senere debuterer som en alvorlig senluetisk manifestasjon.

Litteratur.

- Atcheson, Donald W.: American Journal o. Syf. Gonorrhoea and Ven. Diseases. 1945. 4. 423.
 Cronin, E.: The British Journal of Venereal Diseases. 1945. 3. 135.
 Maitland, Jones, T. H. L. & Allen, S. J.: Lancet. 1945. 24. 368.
 Marsjall, J.: The British Journal of Venereal Diseases. 1945. 4. 139.
 Shafer, Bertha and Zakon, S. J. Arch. Derm. N. Y. 1944. 50. 200.
 Mc Lachlan: Handbook of Diagnosis and Treatment of Venereal Diseases. Edinburgh 1945.
 Moore: The Modern Treatment of Syphilis. Baltimore 1944.
 Stokes: Modern Clinical Syphilologi. Philadelphia & London 1945.

OM DEN KLINISKE VESTIBULARI-UNDERSØKELSE (Forts. fra s. 266)

Med hensyn til genesen er det bare i få typiske tilfelle en kan trekke noen slutning av vertigoens karakter. Som nevnt peker en utpreget rotatorisk svimmelhet på en organisk vestibulær lesjon perifert eller sentralt, og en vertigo kombinert med balanseforstyrrelse peker på en sentral lesjon. Men en slik usikkerhetsfølelse møter vi også ofte ved nevroser. Ved cerebellare lesjoner finner vi ofte en rotatorisk svimmelhet samt balanseforstyrrelse opp til de sværeste grader. Epileptisk aura kan arte seg som rotatorisk svimmelhet og antas da å ha sitt utspring i nærheten av den motoriske region. Lidelser i frontal- og occipitallappen kan også være ledsaget av en lignende vertigo. Men vårt kjennskap til svimmelhetens mekanisme ved disse hjernelesjoner og funksjonelle tilstander er lite. De vanlige otonevrologiske undersøkelsesmetoder er på mange måter ufysiologiske og ikke tilstrekkelig eksakte for finere diagnostikk. Derfor kan det i slike tilfelle sjelden påvises noe patol. ved de vestibulære reaksjoner selv om svimmelhetens karakter peker i retning av en vestibulær genesen.

RESTLESS LEGS

Av OLE JACOB BROCH

(Fra Vestfold fylkessykehus' med. avd. Sjef: Overlege, dr. med. A. Jervell.)

Ek bom har nylig i en monografi (Acta Scandinavica 1945 suppl. 158) omtalt en prækjent sykdom under navnet Restless legs. Noe ger har tilstanden vært så vidt omtalt i eldre litteratur under navnet *Anxietas tibiaram* og under navnet *Leg jitters* (jfr. navnet *Jitterburg* dommen er karakterisert ved en egenartet, dyyparestesi i ekstremitetene, særlig leggene, og opptrer når pasienten holder seg i ro og gir uimotståelig trang til å bevege ekstremitetene. Nønnenelsen er av en eiendommelig karakter, vanlige hudparestesier og kan vanskelig bestemeres og beskrives da det ikke er noe å sammenlignes med. Som regel henlegges den til muskulaturen eller «siden av knoklene» i leggen og omkring knea på begge sider. Plagen kommer når pasienten ligger til sengs som regel fra noen minutter til timer til først seint på natta. Det kommer samtidig urotilstand av beina som må bevegges. Prøver man være, øker ubehaget til en så sterk intensitet at det ganske umulig å ligge stille. Mange drives ut av spaserer omkring, tar knebøyninger eller lignende og setter seg til med et arbeid, eller får tida til å gå en røyk inntil beina faller til ro. Seinere på natta kan de kanskje igjen opp på grunn av sine urolige bein. I de svære former er ethvert forsøk på søvn dømt til å mislykkes så lenge tilstanden varer. Sovemidler har liten nytte, og trettheten uten å gi den nødvendige ro i underlivet. Samme slags parestesi kan også opptrekke seg som regel i langt mindre grad. Om dagen er man i bevegelse er symptomene fullstendig borte, men kan opptre når de sitter stille tilstrekkelig lenge. På kino, teater og lignende plaserer de seg på ytterste benk for å ha større muligheter for å bevege beina. Selv den beste film greier ikke å avbryte merkningen.

I en del tilfelle opptrer virkelige smerter i beina, diffuse og ubestemte karakter som parestesiene. De har derfor oppstilt to former: 1) *Asthenia paræsthetica* og 2) *Asthenia crurum dolorosa*. De smertefulle former kan tilstanden bli noe holdelig.

Den latinske terminologi er ikke særlig heldig fremhever for sterkt et forholdsvis betydningssvakt symptom. Enkelte pasienter klager visstnok over svakhetsfølelse i beina, men objektive nevroser er aldri gjort. I en del tilfelle er påvist en tydelig lidelse, men etiologien er helt ukjent. Ikke sjelden er tilstanden eller den forverres under graviditet.

år siden. Jeg skal enn videre nevne at jeg fra styret i nevnte forening har mottatt en skrivelse i hvilken man anmoder om en konferanse for at de kan få redegjøre for sin forening. Etter lang erfaring vet jeg imidlertid at en slik konferanse vil være fullkommen nytteløs, og jeg har svart at jeg håper å få saken belyst i Lægeforeningens tidsskrift. Jeg skal ikke ved denne leilighet analysere foreningens virksomhet. Det vil være best om en slik redegjørelse kommer fra vårt lands kreftautoriteter og helsemyndigheter. Jeg tror alle kolleger med interesse vil imøtesee en slik redegjørelse, og vil være takknemlige ved å få en orientering om hvilken stilling man bør innnta overfor denne forening med sine 22 000 medlemmer som stadig fores blant annet med ernæringsråd og kreftopplysninger som til dels er av en slik art at sikkert ingen norsk ernæringsautoritet eller kreftautoritet vil gå god for dem.

Oslo, 6. mai 1946.

Erling Rustung.

PENICILLIN OG GONORE

Hr. redaktør!

Vi kjenner jo sulfonamidenes sviktende terapeutiske effekt når det gjelder dryppertbehandlingen. Fra en kurativ virkning på omkring 90 pst. er den nå nede i 10 eller mindre.

Vi vet ikke om dette kanskje henger sammen med en underdosering av disse midlene fra dengang de var nye og ble innført i terapien. Det er iallfall en mulighet for at dette er et moment å ta i betraktning når vi har fått penicillin. Så ikke det samme gjentar seg.

Tilgangen på penicillin har vært meget begrenset i det året som gikk, så det materiale jeg har å vifte med er uten enhver interesse statistisk sett.

Med den beskjedne erfaring jeg sitter inne med: 4 kvinner, 2 barn med vulvovaginitis g.c. og 14 menn, i alt 20, alle med sulfonamidresistente stammer, som dels er behandlet ambulatorisk, dels innlagt på byens sykehus med etterfølgende mikroskopisk kontroll, to ganger ukentlig i tre uker, er jeg kommet til at 100 000 enheter er i snaueste laget. Jeg har iallfall hatt tre residiver blant det mannlige klientel, to uker etter behandlingens avslutning, så nye støtt har vært nødvendig. (Jeg gir 20 000 intramuskulært hver tredje time døgnet rundt.) Selv om faren for å dekke over en mulig luetisk infeksjon nok er der, bør penicillin institueres, så snart diagnosen gonoré er stilt. Og pasienten bør få 150 000 enheter.

Det kan umulig være fornuftig å vente med penicillinbehandling til en eventuell chanker viser seg. Hyppigheten av en dobbeltinfeksjon er ikke så stor.

I mellomtiden går pasienten og risikerer både en posterior, en prostatitt eller — for kvinnenes vedkommende — en salpingitt. En kan heller ikke se bort fra den sosiale fare disse pasientene representerer når de går der uten behandling.

Ålesund, 4. mai 1946.

A. F. Mathiesen.

Universitetsbiblioteket medisinske nyanskaffelser

Militermedisin:

- Rehabilitation of the war injured. A symposium. W. B. Doherty and D. D. Runes. Lond. 1945. 111 s., tab.
Myers, Charles: Shell shock in France 1914—1940. 146 s.
Morrah, D.: The British Red Cross. Lond. 1945.

Indre medisin:

- Gram, Hans Christian: Medicinsk-therapeutisk mebog. 2. Udg. Kbh. 1933. 180 s., tab.
Beaumont, George Ernest: Medicine. For practitioners and students. 4. ed. Lond. 1942. 632 s., tab.
Matthes, Max: Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten. 11. Aufl. Berl. 1943. 801 s., tab.
Chamberlain, Ernest: A text-book of medicine for nurses. 4. ed. Lond. 1943. 474 s., ill., pl.
Beaumont, George Ernest and E. C. Clarke: Recent advances in medicine. Clinical laboratory and therapeutics. 11. ed. Lond. 1943. 412 s., tab., fig.
Lyon, David M.: The essentials of medical diagnosis. Edinb. 1939. 448 s., fig.
Textbook of medicine. By various authors. Ed. by C. Conybeare. 6. ed. Edinb. 1943. 1147 s., ill., tab.
Textbook of medical treatment. By various authors. Ed. by D. M. Dunlop. 3. ed. Edinb. 1944. 1218 s., tab.
Medicine, Industrial. Ed. by H. Rolleston and J. Moncrieff. Lond. 1944. 202 s., pl., tab.
Therapeutics, Modern. Ed. by H. Rolleston and J. Moncrieff. Lond. 1941. 365 s.

Tropesykdommer:

- Symposium on tropical diseases. N. Y. 1944.
Rogers, Leonard and John Megaw: Tropical diseases. 5. ed. Lond. 1944. 518 s., 87 ill.

Dermatologi. Venereologi.

- Roxburgh, Archibald: Common skin diseases. 1944. 453 s., 7. ed.
MacLeod, John and I. Muende: Practical dermatology and the pathology of the skin. 2. ed. Lond. 1944. 111 s., pl.
McLachlan, A.: Handbook of diagnosis and treatment of venereal diseases. Edinb. 1944. 364 s., ill., tab.
Marshall, James: The venereal diseases. Lond. 1944. 348 s., ill., tab.
Mellanby, Kenneth: Scabies. Lond. 1944.
Savill, Agnes: The hair and scalp. 3. ed. Lond. 1944. 304 s., ill., fig.
Syphilis. A collection of articles. U.S. 1945. 50 s.

Oftalmologi:

- Parsons, John: Diseases of the eye. 10. ed. Lond. 1944. 726 s., pl., tab.
Trends, Modern, in ophthalmology. Ed. by F. Ridley and A. Sorsby. Lond. 1940. 669 s., ill.
Lyle, Keith and S. Jackson: Practical orthoptics and the treatment of squint. 2. ed. Lond. 1940. 341 s., tab.
Duke-Elder, W. S.: Textbook of ophthalmology. 1940—43. 3 b. 3470 s., ill., pl., tab.
Rycroft, B. W.: A manual of ophthalmology for medical officers. Lond. 1944. 95 s., ill.

NORSK:

Under denne rubrikk vil søkes referert eller registrert alle nye, medisinske arbeider av norske forfattere i fremmede tidskrifter. Det er umulig for redaksjonen til enhver tid å være sikker på at ethvert arbeid kommer med. Det henstilles derfor til kollegene å innsende en meddelelse til vårt blad samtidig som arbeidet går i trykken. Er arbeidet av generell interesse, vedlegges et kort autoreferat.

- Gilje, Kristian: Examination of dark adaptation with bio-photometer as criterion of vitamin A deficiency. *Acta Ophthalmologica*, Vol. 23, III, 1945.
- Hjertaas, Asgeir: Kraniefraktur komplisert med intrakranielt pnevmatocele og meningitt behandlet med penicillin. *Nord. Med.* 1946, nr. 9, s. 467.
- Johannessen, A. S.: Letal forgiftning med natrium-silicofluorid. *Nord. Med.* 1946, nr. 19, s. 1065.
- Kjæstad, Kristen: Behandlingseffekt ved pernicios anemi og blødningsanemi. *Nord. Med.* 1946, nr. 9, s. 462.
- Steinert, Ragnar og Kåss, Erik: Levetid hos hvite mus etter intraperitoneal pneumokokkinfeksjon. *Nord. Med.* 1946, nr. 19, s. 1067.

UNDERSØKELSE AV MØRKESYNSEVNEN MED BIO-FOTOMETER SOM KRITERIUM PÅ VITAMIN A MANGEL. TEKNIKK OG STANDARDKURVER

Kristian Gilje gjør kort rede for en del mørkesynsundersøkelser utført i Europa og Amerika i tiden før 1940. En merker seg særlig at en rekke undersøkere ved undersøkelse av større og mindre befolkningsgrupper har funnet at latent hemeralopi er meget alminnelig, særlig i de mindre velstilte lag av befolkningen. Det finnes angitt opptil 75 pst. Det er til dels stor uoverensstemmelse mellom de enkelte undersøkeres resultater.

Hemeralopiundersøkelsene har vært til dels sterkt kritisert, særlig metodikken og det faktum at meget få har konstruert normalkurver før de gikk i gang med undersøkelsene.

Rikshospitalet anskaffet i 1942 et såkalt bio-fotometer, og i nærværende arbeid er redegjort for forsøk på å konstruere normalkurve for dette mørkesynsapparat. Den opprinnelige metodikk er endret slik at den antas å fylle rimelige synsfysiologiske krav. Det er så i 1943 undersøkt 100 friske personer med normale øyer og normal visus. De to kjønn er omtrent likt fordelt i materialet. 50 var kroppsarbeidere, 50 fordelte seg på temmelig forskjellige yrker, studenter, sykepleiersker osv., 34 var fra landet, 66 fra by. Materialet er bearbeidet statistisk i Statistisk Sentralbyrå i samarbeid med dr. phil. Julie Backer. Det er beregnet: Gjennomsnittlig avlesningsverdi for tidene 30" og 20' i mørke, middelfeilen på gjennomsnittet, kvadratavvikelsen og variasjons-koeffisienten. Før en gikk i gang med undersøkelsen er opptatt kost-anamnese. Den viste at så å si

alle fikk tak i vitamin A-holdige matvarer utenom rødsjonene, særlig landsbefolkningen. Karotinholdige føde-midler spilte en stor rolle i kosten. Bybefolkningen tokes i alt å fortære ca. 2 000 I.E. pr. dag, landsbefolkningen omtrent det dobbelte.

Resultatet av den statistiske bearbeidelse var:

1. Middelfeilen på gjennomsnittet var meget liten, og materialet antas derfor å kunne representere hele den friske del av befolkningen. Mørkesynskurver med kurver for normal variasjon ble konstruert.
 2. Variasjonene i mørkesynsevnen fulgte lovene for normal fordeling. Særlig merket en seg at det ikke var flere minus-varianter enn en kunne vente i et materiale på 100.
 3. Landsbefolkningens mørkesynsevne var ikke vesentlig forskjellig fra bybefolkningens.
 4. Gruppen studenter og sykepleiersker lå avgjort best an. Dette antas med sikkerhet å skyldes bedre observasjonsevne enn gjennomsnittet. (Bedre kost kan det i ethvert fall ikke skyldes.)
 5. Personer over 50 år lå gjennomsnittlig dårligst an.
- Den statistiske bearbeidelse av materialet gir som helhet det inntrykk at de påfallende store hemeralopiprosenter enkelte undersøkere har funnet ved gruppeundersøkelser, for en vesentlig del representerer minusvariantene i en normal fordeling.

KRANIEFRAKTUR KOMPLISERT MED INTRAKRANIET PNEVMATOCELE OG MENINGITT BEHANDLET MED PENICILLIN

Asgeir Hjertaas omtaler et tilfelle av trauma capitis behandlet i Aker sykehus, kir. avd.

Det oppstod en komplisert kraniefraktur gjennom sinus frontalis, og de første kliniske symptomer tydet på øket intrakranielt trykk. Røntgenbilde viste luftansamling intrakranielt mellom hemisfærene. Tross profylaktisk sulfatiazolbehandling fra første stund utviklet det seg en meningitt fremkalt av gule stafylokokker, men den svant raskt for penicillin. Pasienten fikk i 1 døgn 10 000 enh. intraspinalt 2 ganger i døgnet og i 3 døgn 10 000 enh. intramuskulært også 2 ganger i døgnet. Ble utskrevet i velbefinnende.

LETAL FORGIFTNING MED NATRIUMSILICOFUORID (ROTTEGIFT)

Den tiltagende anvendelse av fluorforbindelser til utryddelse av skadedyr og insekter medfører øket fare for forgiftninger. De oppløselige fluorforbindelser er sterkt virkende protoplasmagifter og virker dessuten ved å felle kalk. Symptomene ved den akutte forgiftning er gastrointestinale irritasjonssymptomer, sjokk og tetani. Mortaliteten er av Kai Roholm i en samlestatistikk funnet å være ca. 50 pst. Døden inntreer vanligvis i løpet av 12 timer.

Den akutte fluorforgiftning er sjelden. A. S. Johannessen meddeler visstnok det første tilfelle som er beskrevet fra Norge. Det gjelder en 23-årig mann som

krøppen de forskjellige liggende, og de vet også at binyremargen produserer adrenalin, bukspyttkjertlens vev insulin osv. Boken synes heller ikke alltid å være helt up to date. Man forbauses jo når forfatterne i en bok av 1945 overhodet ikke har annet å fortelle om penicillin enn følgende: «Hvad endelig penicillinbehandlingen angaar, er det endnu for tidligt at udtale sig om dens værdi.» I en lærebok for studerende er det enn videre liten mening i at egne avsnitt er vidd omtale av en rekke sykdommer, som selv på en spesialavdeling må regnes som rene rariteter, f. eks. Morbus Klippel-Fejl, Laurence-Moon-Biedl's syndrom, Morbus Gaucher, Morbus Niemann-Pick osv. Egne avsnitt om slike spissfindigheter hører hjemme i en håndbok og ikke i en lærebok. Alt i alt må man si at boken mangler fast støpning, og flyter ut over alle grenser (ca. 900 sider — — stakkars studenter!), så det er vanskelig for de studerende å få tak i det essensielle og spesifikt pediatrike. Min vurdering av boken bygger, som man vil ha forstått, på den forutsetning at den er ment å skulle være en lærebok for de studerende, og ikke en håndbok. Etter hva forfatterne selv uttaler i forordet er det også deres egen mening at den ikke gjør «fordring på å sidestilles med de eksisterende store pediatrike håndbøker, men tilsikter bare i så kort og klar form som mulig å gi en fremstilling av de viktigste sykdommer i barnealderen.» Etter anmelderens opfatning er imidlertid boken alt for stor og utflytende som lærebok (samtidig som den er alt for lite detaljert som håndbok). Det er sikkert et alminnelig ønske i alle nordiske land at operasjonskniven blir brukt radikalt ved en eventuell ny utgave. Da boken er en nordisk lærebok, var det vel naturlig at også en finne nå blir med som forfatter av en eventuell ny utgave, ikke minst når man tenker på hvor langt fremme finsk pediatri står.

J. D. Ratcliff: EVENTYRET OM PENICILLIN. 153 s. Oversatt av H. G. Dedichen. J. W. Cappelen's Forlag. Oslo 1946. Anmeldt av Jens Bjørneboe.

Publikums appetitt på populærmedisinsk litteratur er meget stor. Også «Eventyret om penicillin» av J. D. Ratcliff kommer ganske visst til å bli slukt rått av en stor og begeistret lesekrete. Den tilfredsstillende sikkert de fleste av de krav som stilles til den slags litteratur.

For læger inneholder boken intet vesentlig nytt av rent medisinsk interesse. Men en får vite litt om de menn som var hovedpersonene i eventyret: «Alexander Fleming er en liketil mann med buskete øyenbryn og hvitt hår. Han bruker stiv snipp og ferdigknyttet slips, og han har en rolig, hensynsfull måte å snakke på. Skulle en støte på ham i «The Fountain» eller en av hans kjære London-puber, vil en sikkert gjette på at han er kontor-mann eller kjøpmann» osv., osv. i samme stil.

Ratcliff forteller ellers mesteparten av det som er å berette om penicillin, og det er tvers igjennom vederheftig det som sies. Det som er det sentrale i beretningen, er hvordan den amerikanske farmasøytiske indu-

Boken er meget populært skrevet i en typisk amerikansk stil som på oss kanskje virker noe anstrengt. En kan spørre seg selv: Hva er formålet med denne boken? Ja, oversetteren har også vært oppmerksom på at dette spørsmålet ville reise seg, og han besvarer det i forordet. Boken skal bidra til en øket forståelse av hvor nødvendig det er at forskningen får gode kår. Den skal vise det store publikum at det lønner seg å investere penger i vitenskap.

NORDISK LÆREBOG I INTERN MEDICIN. Bd. IV. Erik Warburg: KREDSLØBSSYGDOMMENE. København 1946. Anmeldt av Haakon Rasmussen.

Professor Erik Warburgs lærebok i kretsløps-sykdommene, som utkom først i 1943, foreligger allerede i annen utgave. Boken er øket fra 337 til 360 sider. Det er interessant å sammenligne dette gedigne verk med Peter F. Holsts utmerkede kapitel, på vel 180 sider i den forrige utgave av Nordisk Lærebog i intern Medicin fra 1928. Vi får da et bilde av utviklingen innen denne gren av medisinen, kardiologien, og her kan vi i Warburgs fremstilling av den moderne kardiologi se 3 hovedmomenter, nye retninger, som gjør spranget i disse 15 år så stort.

Det første moment er den interne hjerteklinikks stadig nøyere tilknytning til fysiologien og de fysiologiske kretsløpsmetoder — derfor har Warburg et kapitel om patofysiologi på 55 sider. Det annet moment er at ny teknikk er kommet til for studiet av hjertets og karenes funksjon i sunn og syk tilstand — elektrokardiografi får en bredere plass, fonokardiogrammet hjelper oss til å se hjertelyd og bilyd, funksjonelle prøver kommer inn som venetrykkmåling, vitalkapasitet, arbeidsforsøk og anoksemiforsøk. Også dette gir Warburg en fyldig og god fremstilling av. Det tredje moment er at kardiologien i økende grad blir en kardiologi, de perifere karlidelser blir plasert hvor de med rette hører hjemme — i den interne klinikk. I Warburgs bok er karsykdommenes klinikk, funksjonelle diagnostikk og terapi bredt og uttømmende beskrevet på 70 sider.

I det interessante avsnitt om kretsløpets patofysiologi kunne man ha ønsket en mer organisk sammensmeltning av stoffet, og en nærmere tilknytning til de kliniske kapitler. Warburgs sprog, som i hvert fall for norske slett ikke er lett, er særlig tungt i dette avsnitt. Det fyldige avsnitt om elektrokardiografi er i ikke liten grad omarbeidet fra forrige utgave, og det har vunnet atskillig på det. Som i så mange andre bøker om dette emne tar rytmeforstyrrelsene en uforholdsmessig bred plass, men på den andre siden har Warburg med atskillig klinikk i sin fremstilling.

Den kliniske skildring av den reumatiske hjertesykdom, av den luetiske aortitt, fremstillingen av angina pectoris og dens forskjellige former, er fortreffelige, knappe, klare og velskrevne. Særdeles vellykket er av-

Hos de 3 pasienter som ble lumbalpunktert, ble det i cerebros spinalvæsken påvist et sterkt øket albumin- og globulin-innhold med normale celletall.

Hos 3 av pasientene forelå der pupilleforstyrrelser.

Syndromet blir etter den kliniske analyse av Refsum oppfattet som hørende kanskje nærmest til heredoataxiens gruppe med likhetspunkter også med den progressive neurale (peroneale) amyotrofi, men som en egen, karakteristisk type. Muligheten av en eventuell relasjon til de atypiske, adulte former av såkalt familiær amaurotisk idioti diskuteres også. Men det poengteres at ingen av pasientene frembød noen tegn til tydelig oligofreni eller mental reduksjon.

Syndromet anses som arvelig, og Refsum antar som mest sannsynlig at det foreligger en enkel resessiv arvemåte, uten at det etter hans mening kan uttales noe med sikkerhet om dette spørsmål.

Hvorvidt det i disse tilfelle også dreier seg om en egen sykdom, vil forhåpentlig kunne avgjøres når de anatomiske undersøkelser foreligger avsluttet.¹

En fullstendig redegjørelse vil bli trykt som supplement til *Acta psychiatrica et neurologica*.

UTENLANDSK:

DEN KIRURGISKE BEHANDLING AV ÅPENSTÅENDE DUCTUS BOTALLI

I et foredrag fremholder John B. Hunter at diagnosen ofte er langt fra lett. Den karakteristiske bilyd høres sterkest i 2. venstre interkostalrom. Bilyden er kontinuerlig, «machinery murmur». I det samme område kan en ofte palpere et fremissement. Pasientene er ofte små av vekst. De har hatt hjertesymptomer fra den tidligste barnealder. Som regel er de ikke cyanotiske. Dyspnéen kan mangle.

Røntgenologisk pleier hjertet å være forstørret, særlig venstre ventrikkel, med en frembukning av arteria pulmonalis og tydelige kartegninger.

Den åpenstående ductus Botalli kan lukke seg i barneårene, men da dette er unntagelsen må en regne med at sykdommen i større eller mindre grad vil invalidisere pasienten og forkorte livet. Den største risiko er infeksjonen, endocarditten, som alltid vil føre til døden. Hunter har operert 15 tilfelle, derav to med endocarditt. Disse to døde etter operasjonen. Av de resterende 13 døde en av stafylokokksepsis av ukjent opprinnelse.

Hunter har nøyd seg med å underbinde ductus. Han mener at dette ikke er fremtidens metode. I et tilfelle kom bilyden igjen etter operasjonen, og det viste seg ved seksjon (et av de infiserte kasus) at ductus var åpen. Han mener at årsaken til dette er at ductus er gjennomsluttet av granulasjoner, slik at veggene holdes

¹ De foreløpige nevro-anatomiske undersøkelser som er foretatt av dr. Jan Cammermeyer, viser ikke slektskap med heredoataksiene. S. Refsum har derfor nå foretrukket den mer nøytrale betegnelsen «heredopathia atactica polyneuriformis».

noe utspilt tross underbindingen, og etter operasjonen er det derfor muligheter for rekanalisasjon. Crafoord gjennomskjærer alltid de korte ductus. De lange underbindes to steder og han injiserer et skleroserende medikament mellom ligaturene, oftest 50 pst. glykose. Hunter vil gå over til denne metodikk.

De overlevende i Hunters materiale er i utmerket form. De er «begynt et nytt liv». Det er for tidlig å uttale seg om senresultatene, men risikoen for endocarditt skulle være redusert ad minimum.

I diskusjonen etter Hunters foredrag fremla O. S. Tubbs et materiale på 18 opererte pasienter, derav 12 med endocarditt. 5 av disse døde, mens alle de uinfiserte kom seg etter operasjonen.

Han mener derfor at det er viktig at pasientene kommer til behandling før endocarditten har utviklet seg.

Infantilisme mener han er et uvanlig symptom, likeså symptomer på hjertesvikt før pasienten når voksen alder. Endocarditten utvikler seg i ca. 30 pst. av tilfellene, og selv om den i regelen først kommer etter puberteten, skal en ikke stole på dette. 2 av hans endocarditt-pasienter var 9 og 10 år.

Penicillinterapi av infiserte kasus skal en ikke lite på. De helbredes hyppigere ved operasjon, selv om dødeligheten i Tubbs materiale er 40 pst. (5 pasienter døde av 12).

Tubbs mener at alle pasienter med åpenstående ductus Botalli skal opereres. Den lave operasjonsmortalitet rettfærdiggjør dette standpunkt. Pasientene bør opereres i 7-årsalderen.

Også Tubbs har nøyed seg med å ligere ductus. Av 12 pasienter har 3 fått tilbake sin diastoliske bilyd som tegn på at ductus er rekanalisert, derav hos 2 infiserte. Han mener at en for ettertiden stort sett skal følge Crafoords metodikk.

(Proceedings of the Royal Society of Medicine, jan. 1946, s. 107.)

PENICILLINBEHANDLING VED SUBAKUTT BAKTERIELL ENDOCARDITT

Ebbe Nymann omtaler i Nordisk Medicin nr. 30, 1946 penicillinbehandlingen ved subakutt bakteriell endocarditt. En er ennå ikke enig om verdien av denne behandling. For at en skal oppnå noen virkning, må følgende betingelser være til stede:

1. Penicillinfølsomme kokker.
2. Tidlig innsatt terapi.
3. Tilstrekkelig stor dose i tilstrekkelig langt tidsrom.

Amerikanske forfattere legger stor vekt på å bestemme kokkenes følsomhet. De har isolert en hittil ukjent, lite følsom streptokokk som skal være karakteristisk for denne lidelse. Dessuten bruker de samtidig heparinbehandling. Engelske forfattere legger stor vekt på sanering av eventuelle foci. Både i England og Amerika går en etter hvert over til å anvende større doser, f. eks. 200 000—500 000 OE i døgnet i fire uker, eller 12—14 mill. OE i alt. Ved infeksjon med resistente kokker er gitt opp til 2 mill. OE daglig i åtte uker, til sammen 100 mill. OE. Penicillinet må gis minst hver

sjette time, helst hyppigere. I England foretrekker mange kontinuert intramuskulær tilførsel, mens en i Amerika holder på intravenøs tilførsel. Den anvendte heparindose er 300 mg intravenøst pr. døgn eller 300 mg subkutant hvert annet døgn. Hos en del pasienter ble blodet sterilisert, og de døde av hjertheinsuffisiens fordi klap-pene skrumpet da ekskresensene forsvant.

Helbredelsesprosenten ligger mellom 10 pst. og 100 pst. — gjennomsnittlig 54 pst. — hos de større materialer som hittil er undersøkt, men behandlingen har vært meget uensartet og observasjonstiden kort. Det later til å være liten sjansje til residiv hvis pasienten har vært symptomfri i førti døgn. Når en tar i betraktning at sykdommen tidligere hadde en mortalitet på 100 pst., må en kunne se på de oppnådde resultater med en viss optimisme.

(Nyman, Ebbe. Nord. Med. 1946: 31: 1603.)

METYLTIOURACILBEHANDLING AV HYPERTHYREOSE

Rune Frisk meddeler 109 tilfelle av mb. Basedow — herav var 89 kvinner og 20 menn — behandlet med tiouracilpreparater. Det ble fortrinnsvis anvendt metyltiouracil. På grunn av giftighet måtte en hurtig oppgi bruken av tiourinstoff. Metyltiouracil og tiouracil var like virksomme. Årsaken til den overveiende anvendelse av metyltiouracil synes å være at dette stoffet var lettest å skaffe. Stoffet ble anvendt med en initialdose på 0,4—0,5 g daglig med gradvis nedgang til 0,1—0,05 g etter det individuelle behov.

Hos 28 av tilfellene var sykdommen oppstått som følge av en ytre påvirkning. Årsaken var hos 11 infeksjon, hos 10 partus og laktasjon, hos 5 overdosering av thyreoideapreparater og hos 2 psykotraumer. Det forekom alle grader av sykdommen, de fleste tilfellene var svære eller middelssvære. 10 pasienter hadde toksisk adenom, 16 hadde tidligere vært operert og 3 røntgenbehandlet.

3 pasienter måtte avbryte behandlingen, 2 av dem på grunn av toksiske bivirkninger og 3 av andre grunner uten sammenheng med behandlingen. De øvrige 104 ga godt resultat. Basalstoffskiftet ble hos 101 helt normalt og hos 3 som er under fortsatt behandling, falt det betydelig. 92 øket i vekt og 3 gikk litt ned. En oppnådde normalt stoffskifte i 71 pst. av tilfellene i løpet av to måneder eller mindre. Det later til at thyreotoksiske adenomer reagerer litt langsommere, og tidligere jodbehandling sinker stoffskiftetallet. Blodcholesterinet steg.

8 pasienter ble operert. Herav ble 5 totalt symptomfri og 3 måtte postoperativt ha metyltiouracil. Hos 24 har en kunnet innstille behandlingen, og 8 har på egen hånd avbrutt den. Hos alle disse tilfellene kom residiv, bånd avbrutt den. Hos alle disse tilfellene kom residiv, bånd avbrutt den. Hos alle disse tilfellene kom residiv, bånd avbrutt den. Hos alle disse tilfellene kom residiv, bånd avbrutt den.

Det ble konstatert forskjellige bivirkninger ved behandlingen. Hos ca. 50 pst. vokste struma. Veksten var bare i noen få tilfelle sjenerende, og 3 måtte av

den grunn opereres. Hos 1 pasient med intrathoracal struma var tilstanden kritisk, og ved denne komplikasjon bør en derfor vise stor forsiktighet med behandlingen. I 3 tilfelle forekom myksødem. Struma og myksødem svinner når dosen nedsettes. En bør neppe anvende metyltiouracil hos gravide. Hos barnet av en behandlet pasient fantes tegn på nedsatt funksjon av thyreoidea og øket hypofyseaktivitet. Drug-feber forekom i 8 tilfelle, 2 av disse og 2 uten feber hadde leukopeni. 1 pasient fikk leddsvulst og 4 eksantem. Undertiden kan det forekomme overfølsomhet både mot tiouracil og metyltiouracil, men som regel gjelder overfølsomheten bare ett av stoffene. 2 ganger har en måttet innstille behandlingen helt. Hos de andre overfølsomme har en etter noen tid kunnet fortsette behandlingen enten med det samme stoffet eller med det andre. Leukopenien kan opptre når som helst under behandlingen, og en må derfor ha pasienten under streng kontroll.

Av de resultater som er oppnådd, har en trukket den slutning at behandlingen i sin nåværende form ikke kan erstatte den kirurgiske, men kan anvendes i tilslutning til denne. Enkelte typer av hyperthyreoser, nemlig hyperthyreoser med stor struma, toksiske adenomer og tilfelle med intrathoracal struma skal ikke behandles med tiouracil, men opereres. Disse tilfelle reagerer langsomt på metyltiouracil, og det er derfor til stede en viss risiko for en betydelig forøkelse av struma. Tidsfaktoren taler for operasjon av de øvrige svære og middelssvære tilfelle av thyreotoksikose med palpabelt forstørret glandula thyreoidea. Tiouracilbehandling bør anvendes i de lette tilfelle, ved hyperthyreose uten struma, ved residiv etter tidligere operasjon og hos pasienter med hjerter- eller andre komplikasjoner hvor operasjonsrisikoen er forøket.

(Rune Frisk, A. Nord. Med. 1946: 31: 1375.)

HISTAMINBEHANDLING VED CEFALALGI

Angelsaksiske forskere har vist at histamininjeksjoner fremkaller hodepine hos enkelte mennesker, spesielt hos de som lider av spontan hodepine. Horton beskrev en særlig form for hodepine som kan provoseres av histamin. Den er arvelig, opptrer anfallsvis, halvsidig og ledsages av lokal kardilatasjon og ensidig snue og tåreflod. Tilfellene helbredes ved desensibilisering med stigende histamindoser. Horton og senere forskere har vist at hodepine av ukjent årsak i enkelte tilfelle kan helbredes ved subkutane histamininjeksjoner i stigende doser.

H. Stürup omtaler 7 pasienter med hodepine av ukjent årsak som har fått følgende behandling:

1. Prøvedosis på $\frac{1}{2}$ mg histamin for å undersøke pasientens reaksjon.
2. Subkutan injeksjon av 0,3 cm³ Sol. histamini hydrochlor. 0,1 pro mille formiddag og ettermiddag. Neste dag 0,4 cm³ \times 2 og så økende for hver dag inntil en har nådd 0,9 cm³ \times 2.
3. 1 cm³ hver annen dag i noen tid.

Behandlingen varte gjennomsnittlig 14 dager. 6 av pasientene ble helbredet eller bedre, 4 av dem sannsyn-

ligvis på grunn av behandlingen. I var uforandret, men det skyldtes antagelig sinusitis maxillaris. Observasjonstiden var gjennomsnittlig 5 måneder.

(Stürup, H. Ugeskr. f. Lg. 108: 771: 1946.)

FLUOR VAGINALIS

Litt fuktighet i introitus vaginae er fysiologisk. En bør alltid foreta gynekologisk undersøkelse av pasienter som klager over fluor, og da først og fremst ha traumer, fremmedlegemer og betennelsesprosesser in mente.

Ved akutt oppstått fluor bør en undersøke pasienten med tanke på gonoré, overfølsomhet mot gummi (pessar, condom), deflorasjonskolpitt og graviditet. Periodisk purulent fluor kan hos unge tyde på pyosalpinks og hos eldre på pyometra. Stinkende fluor forekommer ved cancer colli uteri og corpus alienum f. eks. pessar og tamponger, skummende fluor ved trichomonasinfeksjon og blodig fluor ved mange forskjellige lidelser, særlig er det suspekt på cancer.

S. Felding omtaler et materiale på 2 439 tilfelle av fluor med forskjellige årsaker. 1006 av pasientene hadde erosjon eller cervicitt, 945 kolpitt, 222 levkoré, dvs. fluor albus med ukjent årsak, 149 gonoré og 117 vulvitt. Det ble foretatt gonokokkdyrking hos samtlige pasienter, og dette førte til et stort antall nydiagnostiserte gonorétilfelle.

Behandlingsmåten varierer med de forskjellige lidelser. Ved kolpitt anvendes utskylning med sapoformol 10 : 1000, eventuelt innlegges devegan eller provagintabletter i vagina. Erosjon og cervicitt behandles med lapispenslinger. En anvender 5 pst. oppløsning i canalis cerv. og 10 pst. på erosjonen, sammen med en devegan eller provagintablett. Behandlingen foretas to til tre ganger om uken. Hvis ikke lidelsen er helbredet i løpet av to-tre uker, kan en foreta termokauterisasjoner eller operasjon.

(Felding, S. Maanedsskr. f. pr. Lg. 1946: 24: 221.)

«THE CANCER ACT»

«The Cancer Act» ble vedtatt av parlamentet i mars 1939. Lovens hensikt er å organisere arbeidet mot krefte og gjøre behandlingen mer effektiv. Kreftproblemet skal tas opp av Staten på bred basis, og så vel forskningen som det terapeutiske arbeid skal rasjonaliseres. Av hovedpunktene i loven merker en seg at helseministeren skal være den bevilgende myndighet overfor the National Radium Trust. Det terapeutiske arbeid, særlig når det gjelder strålebehandling, skal sentraliseres. Behandlingen skal ikke slutte med operasjonen, men det skal sørges for etterbehandling på egnede steder. En merker seg også at loven forbyr avertering av «kreftkurer».

Nest etter de kardiovaskulære lidelser er kreften den hyppigste dødsårsak både på de Britiske øyer og i Dominions.

Omtrent halvparten av kancerpasientene må ha en eller annen form for strålebehandling. De sentraliserte institusjoner skal ikke bare behandle, men også drive forskning og statistisk bearbeide materialene.

Det skal drives opplysningsarbeid. En mener å oppnå gode resultater med dette, på samme måte som en har gode erfaringer i U.S.A. og New Zealand. Særlig når det gjelder brystkreft venter en gode resultater.

(Ernest Finch, Proceed. Royal Soc. of Med., mars 1946.)

PENICILLIN I OFTALMOLOGIEN

Til inndrypning i øyet er en konsentrasjon på 2 500 enh. pr. cm³ hensiktsmessig. Det har vært vanskelig å fremstille en salve som ikke dekomponerer penicillinet og som tillater en rask resorpsjon. Subkonjunktivale injeksjoner på 600 enh. i 0,5 cm³ vann tåles godt og kan gjentas daglig. Det er også mulig å injisere 100—200 enh. i camera anterior. Injeksjoner i corpus vitreum er mer tvilsomme. Mer enn 100—200 enh. bør iallfall ikke injiseres.

Ved intramuskulær eller intravenøs injeksjon av penicillin på kaniner går intet over i det indre øye. Heller ikke klinisk har en kunnet påvirke betennelser i det indre øye ved slike injeksjoner. Konjunktivitter påvirkes visstnok.

Ved inndrypning i konjunktivalsekken ses god virkning på overfladiske betennelser hvor mikrobene er penicillinpåvirkelige. Penicillin kan ikke påvises i det indre øye ved slik medikasjon.

Derimot trenger penicillin innover i øyet hvis det injiseres i camera anterior eller subkonjunktivalt. Det er forsøkt doseringer opp til 4 000 enh. subkonjunktivalt uten skade. Konsentrasjonen holder seg tilfredsstillende høy i få timer. Etter forsøk med injeksjon av 5 000 enh. i corpus vitreum hos menneske er konsentrasjonen høy også etter 48 timer.

Hvis penicillinet appliseres i konjunktivalsekken i salveform kan epitelet løses noe opp og medikamentet trenge inn i øyet.

Ved å dryppe penicillinoppløsning med ett minutt mellomrom i konjunktivalsekken er puss-sekresjonen ved ophthalmia neonatorum under kontroll i løpet av en halv time.

(Arnold Sorsby, Proc. Royal Soc. of Med., mars 1946.)

BOKANMELDELSER:

DEN HVIDE BRIGADE. Carl Allers Bogforlag, København 1946, 381 s. Heftet D. Kr. 22,00. Innb. D. Kr. 35,00. Redigert av Aage Svendstorp. Anmeldt av Haakon Storm Mathisen.

Det tok noen tid før det kom fart i det illegale arbeid i Danmark under den tyske okkupasjon. Men danskene tok raskt igjen det forsømte, og etter den 29. august 1943 helt fram til kapitulasjonen ble som bekjent det illegale arbeid med stadige sabotasjehandlinger etc. drevet meget energisk.

«I intet annet land har lægene vært mer med i illegalt arbeid,» uttalte den tyske gestaposjef i Danmark til en av bidragsyterne i den ovennevnte bok. 19 danske læger falt i kampen, og det må ses som et lite tall i forhold til den store aktivitet lægene la for dagen i det illegale

arbeider i heldagspost. Hun er cand. theol. og har gjennomgått Det pedagogiske seminar. For å kvalifisere seg for sosialt arbeid (spesielt arbeidet med vanskelige barn) har hun senere gjennomgått Universitetets eksperimentopsykologiske kurs, har fulgt forelesninger i psykiatri for medisinerne og teologer, har arbeidet en tid på sinnssykeasyl i vikariat for pleierske og i ca. 1½ år ved skolehjem for forsømte piker. Endelig har hun studert åndssvakeforsorg og skole- og vernehjemsarbeid i Danmark. I disse dager reiser hun til Columbia University for å studere et år ved sosialarbeiderskolen der.

Sosialarbeideren har fast godtgjørelse for å holde bil, og vi er derved i stand til å foreta miljøundersøkelser og arbeid «i marken» i en ganske annen utstrekning enn før. Den tidligere «dispensærsester» var som Munch ganske riktig sier bare beskjefteget med kontorarbeid, vesentlig avskrift. De tidligere psykologer var ikke ansatt i heldagsstilling, og deres arbeid «i marken» ble av den grunn mer spredt og tilfeldig. Vi vil på ingen måte bytte vår sosialarbeider med en fagpsykolog! Noe annet er at vi har tatt opp spørsmålet om *dessuten* å få en fagpsykolog til hjelp — dette i forbindelse med andre planer: Etter å ha arbeidet ved psykiatriske poliklinikker siden 1930 har jeg forlenget innsett, at hvis man skal utrette noe virkelig effektivt i mentalhygienisk henseende, kan man ikke nøye seg med bare å arbeide med de barn som mer tilfeldig blir henvist til poliklinikken eller til privat psykiater. Det må en systematisk undersøkelse til av alle barn så tidlig som mulig etter påbegynt skolegang. Hertil kreves fast ansatte psykiatere event. med assistanse av barnepsykolog (og selvsagt sosialarbeider). Allerede før krigen ble det for Buskerud og Vestfold nedsatt en komité til å arbeide med dette spørsmål (med fylkeslæge Kjølstad som formann), og vi var blitt enige om de store retningslinjer. Det videre arbeid ble imidlertid stoppet under okkupasjonstiden, men er nå tatt opp igjen, og jeg håper at vi for neste fylkesting skal kunne fremlegge et fullt utarbeidet forslag om et systematisk mentalhygienisk barnarbeid.

Det vil formentlig av ovenstående fremgå at det mentalhygieniske arbeid ved Lierasylet fremdeles lever i beste velgående. Det er ikke «dødt» hverken i Munchs første eller annen betydning. Formentlig vil det også fremgå av ovenstående at vi fremdeles er levende interessert i barnepsykiatri.

Lierasylet, den 14. september 1946.

Ottar Lingjærde.

BEHANDLING AV BRONCHIECTASIER

Hr. redaktør!

I referatet av professor H. A. Salvesens forelesning om bronchiectasi («Tidsskr.» 17, 46, 549) savner en omtalen av en av de beste behandlingsmetodene, nemlig bronchoscopi med aspirasjon. Dette er selvsagt en rent symptomatisk behandling, men det er ikke sjelden helt forbløffende å se hvor god virkningen kan være. Pasientene kan få langvarige gode perioder etter behandlingen. Ved residiv kommer de tilbake og ber om å bli aspirert igjen, hvilket de temmelig sikkert ikke

ville ha gjort hvis aspirasjonen hadde vært uten effekt. Bronchiectasiene er så hyppige og så sjenerende at denne metoden ikke må glemmes. Det ville være ønskelig om en laryngolog med erfaring på dette felt, ville komme med en fyldig redegjørelse om dette tema. Inhalasjonsbehandling med medikamenter som penicillin vil bli betydelig mer effektiv hvis stoffene deponeres i ectatiske bronchier som på forhånd er gjort mest mulig ekspektoratfri ved aspirasjon.

Høvik, 7. sept. 1946.

Chr. M. Sinding-Larsen.

«PENICILLINSENTRALER»

Hr. redaktør!

Da det for de fleste praktiserende læger er temmelig umulig å administrere penicillin hver 3. time døgnet rundt, må et stort antall pasienter, som kunne behandles ambulant, innlegges i sykehus eller gå glipp av penicillinbehandling. De praktiserende læger får på grunn av dette forhold liten anledning til å høste personlige erfaringer om effekten av dette viktige medikament, og sykehusene, som alt før var overbelastet, får enda større arbeidsbyrde.

Ville det ikke være hensiktsmessig forsøksvis å opprette «penicillinsentraler», som kunne utføre penicillininjeksjonene for de praktiserende læger på pasienter som kan penicillinbehandles uten sykehusinnleggelse? Meg bekjent er det ikke noen slike sentraler i virksomhet i landet, og jeg har ikke sett at «Tidsskriftet» har omtalt spørsmålet. I tilfelle det er opprettet noen, ville det være av stor interesse å få en redegjørelse i «Tidsskriftet» for hvordan de er organisert og hvordan de virker.

Sentralene måtte for det første kunne gi injeksjonene til pasienter som selv kunne komme og få dem, men måtte også ha funksjonærer som hadde til oppgave å gå rundt i hjemmene og sette penicillin dag og natt. De måtte være godt organisert og kreve nokså mange kvalifiserte funksjonærer. De måtte bestyres av læger, men kunne bruke godkjente sykepleiersker eller i Oslo kanskje fortrinnsvis viderekomne medisinske studenter til å utføre injeksjonene. Når jeg nevner medisinerne i denne forbindelse, er det fordi sentralene kunne bli en økonomisk hjelp for de mange medisinerne som har dårlig råd, idet arbeidet, særlig nattarbeidet, måtte være nokså bra betalt. Det kunne kanskje være en tanke å gjøre en viss tjeneste ved sentralene obligatorisk for medisinske studenter. De ville under denne tjeneste få et verdifullt innblikk i en side av lægevirkosomheten som vi nå ikke møter i studietiden, nemlig lægevirkosomheten i hjemmene. Der det lar seg gjøre, ville det kanskje være heldig å opprette sentralene i forbindelse med allerede eksisterende poliklinikker. Om sentralene senere også kunne oppta andre oppgaver, for eksempel administrering av andre lægemidler, kan en jo ta stilling til når de har vært i virksomhet en tid. At det iallfall er behov for noen slike «penicillinsentraler», tror jeg ikke det er tvil om, men i hvor stor utstrekning de bør opprettes, får fremtiden vise.

Oslo, 9. september 1946.

Martin Seip
stud. med.

SULFADIAZIN OG PENICILLIN VED
HEMOLYTISKE STREPTOKOKKINFEKSJONER I
DE ØVRE LUFTVEIER
(TONSILLITIS, NASOFARYNGITIS OG SCARLATINA)

Akutte infeksjoner i de øvre luftveier som skyldes hemolytiske streptokokker, er et viktig helseproblem. Nyttan av sulfonamider har vært tvilsom, nyttan av penicillin har vært mindre vel kontrollert. Spink, Rantz, Boisvert og Coggeshall har villet undersøke om sulfadiazin og særlig penicillin forkorter forløpet av en klinisk infeksjon, dernest om komplikasjonenes antall, særlig forekomsten av reumatisk feber, ble minsket og endelig om de hemolytiske streptokokker forsvant fra nese-svelgrommet i tilslutning til behandlingen.

I alt ble 210 unge menn undersøkt i løpet av fire måneder. Ca. 2 000 bakteriekulturer ble tatt og de hemolytiske streptokokker gruppert og bestemt etter Lancefield's skjema. 102 pasienter med akutt tonsillitt eller nasofaryngitt ble brukt som kontroll.

Sulfadiazin syntes ikke å forkorte det kliniske forløp ved tonsillitter eller å rense farynks for streptokokker. Ved særlig alvorlige tilfelle syntes det kritiske stadium å bli forkortet ved bruk av sulfadiazin sammenlignet med kontrollgruppen. Totaldoser på 200 000 enh. penicillin gitt intramuskulært til pasienter med alvorlige tonsillitter minsket det grave forløp og syntes også å forkorte varigheten av sykdommen. Doser på 500 000 til 1 000 000 var nødvendig for å fjerne de hemolytiske streptokokker fra nese-svelgrommet for mer enn en kanskje kort tid. Klinisk tilbakefall etter penicillinmedikasjon syntes sjeldnere og syntes å være avhengig av tilstedeværelsen av hemolytiske streptokokker i halsen. Penicillin etterfulgt av sulfadiazin syntes ikke å ha noen fordeler framfor penicillin alene ved behandlingen av tonsillitter. Kombinasjonen hadde heller ingen fordeler ved behandlingen av scarlatina. Penicillin syntes ikke å forebygge reumatisk feber hos pasienter med tonsillitter, naso-faryngitt og scarlatina som skyldtes hemolytiske streptokokker av gruppe A.

(W. W. Sping, L. A. Rantz, P. J. Boisvert, H. Coggeshall: Archives of Internal Medicine 1946: 77: 260.)

BOKANMELDELSER:

Rasmussen, Haakon: KLINISK ELEKTROKARDIOGRAFI. 210 s. Johan Grundt Tanum, Oslo 1946. Anmeldt av Leif T. Poulsson.

Foreliggende bok føyer seg inn som et ledd i den etterhånden verdifulle serie av medisinske monografier og lærebøker som er utkommet på Grundt Tanums forlag. Haakon Rasmussen har i de senere år gjennom sine elektrokardiografiske arbeider ervervet seg et kjent navn i nordisk kardiologi, og det er med interesse og forventning en fordyper seg i hans bok.

Inndelingen av stoffet er grei og oversiktlig. Del I omhandler det normale elektrokardiogram i en fremstilling som er utstyrt med gode skjematisk illustrasjoner

og ikke er belastet med unødig teoretisk stoff eller overflødige tekniske detaljer. De tre andre hovedavsnitt behandler: Forstyrrelser i irritamentledning og irritamentproduksjon, organisk betingede elektrokardiografiske syndromer. Inndelingen er rasjonell og gir på samme tid et bilde av den kliniske elektrokardiografiske historiske utvikling. Størst interesse knytter det seg til bokens avsnitt III: Organisk betingede elektrokardiografiske syndromer. Her omhandles de viktigste elektrokardiografiske funn ved det nå stadig hyppigere erkjente hjerteinfarkt, likesom det gis en instruktiv og etter anmelderens oppfatning meget verdifull utredning av «hypertrofi»- og grenblokk-elektrokardiogrammet.

Fremstillingen er for en vesentlig del bygd på egne arbeider. Rasmussen og medarbeidere (Thingstad, Bøe og Moe) har ved undersøkelse av pasienter med hypertensjon og aortafeil kunnet vise at det elektrokardiografisk kan påvises suksessive overganger fra de lettere tegn på «venstreovervekt» til det typiske venstre grenblokk-elektrokardiogram (moderne terminologi), og at visse forandringer for en ganske vesentlig del går parallelt med en tiltagende forstørrelse av venstre hjerte. Forfatterens vel funderte oppfatning er derfor at et venstre grenblokk-elektrokardiogram ikke skyldes en lokalisert lesjon av den venstre ledningsbunt i hjertet, men har sin årsak i en sinket irritamentledning gjennom den hypertrofiske og særlig utvidede venstre hjerte-ventrikkel. Ut fra dette synspunkt betegnes de forskjellige utviklingsfaser i elektrokardiogrammet med «venstreovervekt» som *retardasjonskurver* og venstre grenblokk-elektrokardiogrammet oppfattes som en ekstrem grad av disse. Dette stemmer med at dette eiendommelige elektrokardiogram særlig iakttas ved de svære forstørrelser av venstre hjertehalvdel.

I bokens avsluttende kapitler (Del V) gis en oversikt som på en kortfattet, men instruktiv måte koordinerer elektrokardiografiske funn og kliniske sykdomsbilleder. Den elektrokardiografiske undersøkelse er etter hvert blitt et vesentlig ledd i den moderne kardiologi, både når det gjelder diagnostikk, prognostikk og terapi. Elektrokardiografien kan gi opplysninger om hjertets tilstand som ikke kan fås på annet vis, men betydningen av denne undersøkelse må heller ikke overvurderes. Det kan således foreligge alvorlige hjertelidelser som ikke gir elektrokardiografiske tegn. I en etterundersøkelse fra Mayo-klinikken (3440 pasienter) har således Williams og medarbeidere nylig funnet at elektrokardiogrammet er normalt hos 40 pst. av pasientene med angina pectoris. Haakon Rasmussen poengterer også den nøye sammenheng mellom klinikk og elektrokardiografi. Som han uttrykker det bør et elektrokardiogram fremkalle kliniske assosiasjoner og det kliniske bilde elektrokardiografiske assosiasjoner.

Så vel forfatter som forlag fortjener én kompliment for bokens vakre utstyr. Kurvene som skriver seg fra forfatterens egne utstrakte observasjoner, er utmerket reprodusert, og den gode sammenheng mellom kurver og tekst vil lette tilegnelsen av det ikke helt enkle stoff. Haakon Rasmussens bok anbefales læger og studenter som har interesse for hjertesykdommer.

NORSK:

Under denne rubrikk vil søkes referert eller registrert alle nye, medisinske arbeider av norske forfattere i fremmede tidskrifter. Det er umulig for redaksjonen til enhver tid å være sikre på at ethvert arbeid kommer med. Det henstilles derfor til kollegene å innsende en meddelelse til vårt blad samtidig som arbeidet går i trykken. Er arbeidet av generell interesse, vedlegges et kort autoreferat.

- Aarseth, Sverre: Kliniske forsøk med streptomycin. Nord. Med. 1946, nr. 27, s. 1449.
- Engeset, Arne: On Roentgen Examinations in Head Trauma. Acta Radiologica 1946, Bd. XXVII, s. 481.
- Ustvedt, H. J.: Nyretuberkulosens forhold til den tuberkuløse primærinfeksjon. Nord. Med. 1946, nr. 32, s. 1755.
- Ørning, Karl, Sommerfelt, Christian og Fredriksen, William: Electrocardiographic Findings in Patients with Peptic Ulcer. Acta Med. Scandinavica 1946, bd. 124, s. 564.

KLINISKE FORSØK MED STREPTOMYCIN

I tilslutning til en tidligere oversikt om streptomycin (ref. i «Tidsskriftet» 1946, nr. 7; s. 212) gjør Sverre Aarseth rede for de kliniske forsøk og erfaringer som er gjort i Amerika med det nye antibioticum inntil mars 1946.

Streptomycin kan lett tilføres organismen ad de vanlige parenterale veier. I alminnelighet vil en velge å gi midlet i intramuskulære injeksjoner med 3 timers mellomrom. Det er da lett å opprettholde en terapeutisk virksom blodkonsentrasjon av stoffet. Det utskilles igjen hurtig, men noe langsommere enn penicillin. Det diffunderer fra blodet inn i de fleste legemsvæsker og er virksomt ved den pH som finnes der. Streptomycin er lite toksisk. De få bivirkninger en har sett, skyldes antagelig forurensninger. Blant disse bivirkninger er en leilighetsvis opptreden av frysning og feber som skyldes pyrogene stoffer. Av og til kan der komme en histaminlignende virkning.

Produksjonen av stoffet har hittil vært meget begrenset, men flere farmasøytiske firmaer har tatt opp fabrikkmessig fremstilling av det. Det har lyktes å isolere krystallinske salter av streptomycin, og dette har muliggjort oppstillingen av en vektenhet. En streptomycinenhet er 1 mikrogram av den rene streptomycinbase.

Det har hittil vist seg at streptomycin har en utmerket virkning ved tularemi, bakteriemier og urinveisinfeksjoner med gramnegative bakterier og H. influenzae-infeksjoner. Det er under prøvning ved en rekke andre sykdommer. Særlig har behandlingen av tuberkulose med streptomycin vakt stor interesse, og de foreløpige resultater er så vidt lovende at de berettiger klinisk prøvning i stor stil.

Arne Engeset har nylig i Acta Radiologica vist eksempler på røntgendiagnostikken ved ensidig cerebralt ødem; intracerebralt hematoma og subduralt hematoma. I forbindelse hermed omtaler han nye erfaringer fra de siste år som peker hen på en økt operativ behandling av de akutte hodetraumer. Munro's påstand om at et kronisk subduralt hematoma er følgen av et ubehandlet, akutt subduralt hematoma har ført med seg hyppigere operative inngrep til dels med livreddende resultat (Jefferson Browder, Laudig og Watson, Foster Kennedy o. fl.).

Det kirurgiske krav om inngrep krever av røntgenundersøkelsen mer målbevisst diagnostikk enn den som hittil har vært alminnelig mange steder. Frakturdiagnostikken kan i de fleste tilfelle bare regnes som et supplement, mens diagnosen av en unilateral ekspansiv lesjon kan være av langt større betydning.

Etter hodetraumer kan vi skjematisk sett regne med utviklingen av 4 forskjellige tilstander som alle er ekspansive og ofte unilaterale og således ofte lette å diagnostisere røntgenologisk: Akutt subduralt hematoma, akutt epiduralt hematoma, intracerebralt hematoma og unilateralt cerebralt ødem, oftest med kontusjon.

Ved måling av corpus pineales leie etter Frays, Lorenz, Liljas og Vastine og Kinneys metoder kan en påvise en unilateral ekspansiv lesjon. Ved encefalografi kan tvilsomme funn kontrolleres og ved manglende corpus-forkalking ekspansiv prosess påvises. På nevrokirurgiske avdelinger kan også ventrikulografi komme i bruk, og en kan derved ytterligere påvise intraventrikulære hematomer.

Ved cerebral angiografi — som nå ved perkutan teknikk og bruk av Perabrodil (Diodrast, Uriodone, Diodone) må regnes som relativt ufarlig, kan en skille mellom ekstracerebrale og intracerebrale intrakranielle lesjoner. Angiografi kan også utføres ved økt intrakranielt trykk hvor encefalografi er kontraindisert. Ved nevrologisk holdepunkt for unilateral lesjon og (eller) ved påvisning av unilateral ekspansiv lesjon ved kranieundersøkelse foreligger det nokså solid indikasjon for angiografi.

Det vises i artikkelen eksempler på røntgendiagnostikk ved ensidig cerebralt ødem, intracerebralt hematoma og subduralt hematoma.

(Billeder til det første kasus er reproduisert også i Torkildsens artikkel i dette tidsskrift nr. 11, 1946.)

NYRETUBERKULOSENS FORHOLD TIL DEN TUBERKULØSE PRIMÆRINFEKSJON

Det er nå et velkjent forhold at den tuberkuløse meningitt, miliærtuberkulosen, den tuberkuløse plevritt og ben- og ledttuberkulosen i alminnelighet opptrer meget kort tid etter den tuberkuløse primærinfeksjon, og at flertallet av destruktive lungetuberkuloser tar sin begynnelse i de første fem år etter infeksjonen. Ustvedt

BEHANDLING AV GONORÉ MED ÉN INJEKSJON AV PENICILLIN

Av SVERRE AARSETH og HANS TH. SANDBERG

(Fra Norwegian Public Health Service, New York.)

Neppe ved noen annen sykdom har behandlingen gjennomgått så store endringer i løpet av de siste ti år som ved gonoré. Kjemoterapien har feiret triumfer, men har også lidd skuffende nederlag. Stillingen er i dag at bare 20—30 pst. av gonorétilfellene helbredes med sulfatiazol etter vanlig dosering (D a n b o l t).

Desto gledeligere er det derfor at en i penicillin har fått et hittil uovertruffet middel mot gonoré. Selv om tilfelle av penicillin-resistent gonoré forekommer, så vil én eller flere penicillinkurer, riktig gjennomført og i tilstrekkelige doser, helbrede bortimot 100 pst. av gonorétilfellene. En gjør vel imidlertid klokt i å regne med, som O. S e l v a a g, en økende penicillinresistens og være forberedt på nye problemer i gonorébehandlingen.

Det er etter hvert blitt stilt opp flere forskjellige skjemaer for penicillinbehandling av gonoré. Alminnelig brukt, både ute og hjemme, er en kur på tilsammen 100 000—150 000 enh. fordelt på 5 à 6 intramuskulære injeksjoner av en vandig penicillinoppløsning med 3 timers mellomrom. En effektiv gjennomføring av en slik kur vil i alminnelighet kreve hospitalisering. Dette forhold alene er en alvorlig ulempe når det gjelder behandling av sjøfolk i en fremmed havn, blant annet fordi det ofte vil bli nødvendig med avmønstring. En har derfor søkt å finne fram til preparater og metoder som tillater ambulans behandling med tilfredsstillende resultater.

Ved Det Norske Helsekontor i New York ble penicillinbehandling av gonoré tatt i bruk våren 1945. Siden da er et stort antall pasienter behandlet. Inntil januar 1946 bestod behandlingen i 2 eller flere injeksjoner av vanlig penicillinoppløsning i løpet av én dags kontortid. Alminnelig brukt var 2 injeksjoner à 100 000 enheter. En hadde ved denne administrasjonsmåte ikke så få residiver som nødvendiggjorde sykehusinnleggelse for gjennomføring av ny kur over et lengre tidsrom. Siden begynnelsen av januar 1946 har behandlingen ved helsekontoret bestått i én enkelt injeksjon av penicillin oppløst i vann og emulgert i olje. Vi har ment at det kan-

skje kunne være av interesse å gjøre nærmere rede for denne behandling og de oppnådde resultater.

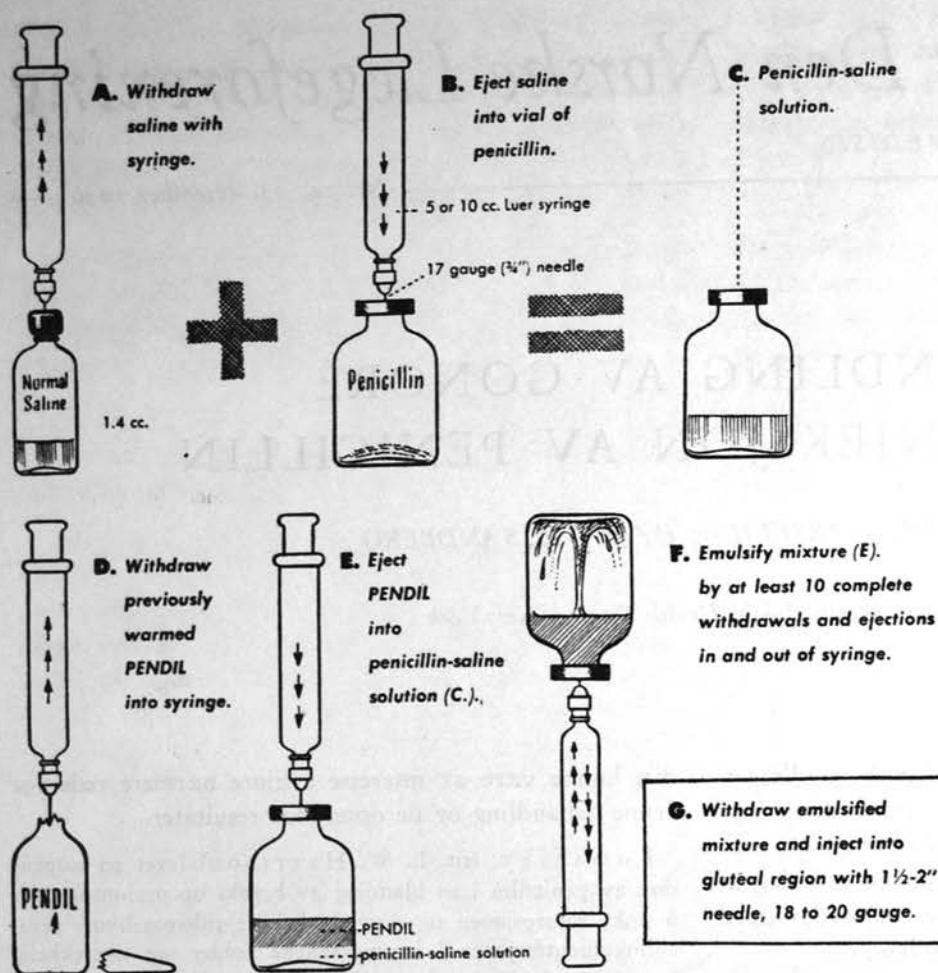
R o m a n s k y (sit. L. W. H a r r i s o n) laget en suspensjon av penicillin i en blanding av bivoks og peanøttolje for å sinke resorpsjonen og derved øke det tidsrom hvori penicillinkonsentrasjonen i legemsvæskene holder seg tilstrekkelig høy. Vi brukte i den første tiden et lignende preparat (Delacillin «Squibb»). Det viste seg imidlertid å være vanskelig å få det tilstrekkelig tyntflytende til intramuskulær injeksjon og var tungvint å administrere.¹ Vi gikk derfor over til et annet preparat (Pendil «Endo-Products»), hvis prinsipp er at en vandig penicillinoppløsning emulgeres i en blanding av peanøttolje og kolesterol. Vi gjengir nedenfor «Endo-Product»s skjematisk fremstilling av hvorledes denne vann-olje emulsjon gjøres ferdig til injeksjon.

Vi valgte å gi 300 000 enheter penicillin i 1 injeksjon fordi en så vidt stor dose også vil bidra til å forlenge tiden for en effektiv penicillinkonsentrasjon (R o m a n s k y & R i t t m a n) og fordi en tilstrekkelig dosering med én gang er den beste måte til å unngå mulig resistens.

Fremgangsmåte. Diagnosen er i alle tilfelle stilt ved klinisk undersøkelse og påvisning av intracellulære, gramnegative diplokokker av typisk form og anordning. Så snart diagnosen er stilt, som regel ved første konsultasjon, settes 300 000 enh. penicillin-natrium (i Pendil) intraglutealt i én injeksjon. Samme dag tas også blodprøve til W.R. Pasienten får så beskjed om å møte til kontroll etter 3—4 dager. Hvis der fremdeles er utflod, blir det tatt vanlig utstryk. Hvis dette er positivt for g.k., gjentas kuren straks. Hvis utstrykpreparatet er negativt, eller pasienten er blitt helt symptomfri etter første injeksjon, sendes han til et spesiallaboratorium (Molnar Laboratories) til anleggelse av kultur, som regel etter prostatamassasje. Hvor det er mulig, følges pasienten videre i de følgende dager. Hvis pasienten er symptomfri og utstryk og kultur er negativ for g.k. etter minst 3 dager, friskmeldes han med beskjed om å komme tilbake hvis symptomer igjen skulle melde seg og om å få tatt ny blodprøve etter ca. 3 måneder.

Vårt materiale består av 49 norske sjømenn fra handelsflåten, som vi har behandlet for akutt gonoré i tiden

¹ Squibb har nylig sendt ut et nytt preparat «Penicillin in oil and wax» i 1 cm³ karypler à 300 000 enheter. Injeksjonen foretas med en spesiell, meget enkel sprøyte.



januar til august 1946. Bare de som vi mener er fulgt noenlunde tilfredsstillende etter behandlingen, er tatt med. Aldersfordelingen fremgår av tabell 1, som også viser forekomst av tidligere venerisk sykdom i materialet.

Tabell 1.

Alder	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	> 40	Tils.
Antall tilf.	9	15	16	4	4	1	49
Tidl. gon.	1	6	5	1	1	1	15
Tidl. lues.	0	2	5	1	1	0	9

Yngste pasient var 16 år og eldste 43 år. 26 av dem hadde seilt ute under hele krigen, mens 23 hadde vært hjemme. De 9 som hadde positiv luesanamnese, hadde ved behandlingen negative serologiske luesprøver, og det samme var tilfelle med de øvrige behandlede. Av de 15 som oppga å ha hatt gonoré tidligere, hadde tre hatt gonoré 2 ganger og to 3 ganger før.

Symptomenes varighet før første konsultasjon ved helsekontoret var fra 1 dag til 2 måneder, gjennomsnittlig 2-4 uker. 23 hadde fått sulfatiazolbehandling. Alle, unntagen 1, hadde fått tablettene ombord mens skipet var i sjøen. Dosenes størrelse varierte serkt, idet det ble oppgitt fra 20 til 150 sulfatiazoltabletter (10-75 gram). 6 var behandlet med penicillin før første konsultasjon, derav 1 ombord. (Flere norske skip har på eget initiativ anskaffet penicillin som gis av kapteinen eller styrmannen.) De som var penicillinbehandlet før de kom til oss,

hadde fått penicillin etter det vanlige skjema, 5-6 injeksjoner, men det lyktes ikke å få oppgitt den nøyaktige dosering.

Av de 49 pasienter ble 41 helbredet med én enkelt injeksjon. 4 av de øvrige ble helbredet etter en ny injeksjon av 300 000 enh. Av de 8 som ikke ble helbredet i første omgang var 3 tidligere ubehandlet, 3 var behandlet med sulfatiazol og 2 hadde tidligere fått både penicillin og sulfatiazol. Ingen av dem hadde hatt symptomer i mer enn 4 uker og 4 i mindre enn 1 uke. De 4 som ikke ble helbredet etter hverken 1. eller 2. injeksjon, skal kort omtales.

1) L.nr. 17 074. R. K., 21 år. Symptomer i 3 uker. Sulfatiazolkur ombord. Ved N.P.H.S. fikk han 300 000 enh. penicillin i 1 injeksjon. 2 dager senere g.k. positiv. Innlagt U. S. Marine Hospital, Staten Island, N. Y., hvor han fikk 10 injeksjoner penicillin (dose ikke angitt). 4 dager etter utskr. igjen g.k. positiv (reinfeksjon?). Ny innleggelse. Fikk nå 20 injeksjoner

penicillin (dose ikke angitt) og prostatamassasje. Helbr.

2) L.nr. 13 112. F. H., 22 år. Symptomer i 3 uker. Sulfatiazol ombord. Ble gitt 300 000 enh. $\times 1$. 7 dager senere kultur g.k. positiv, akutt epididymitt. Innlagt U. S. Marine Hospital, Staten Island, N. Y., hvor han lå 3 uker, behandlet med varmekasse og penicillin. Utskr. helbr.

3) L.nr. 14 200. D. S., 20 år. Symptomer i 3 dager. Ikke tidligere behandlet. 300 000 enh. $\times 1$. 4 dager senere utstryk g.k. positiv. Ny injeksjon av 300 000 enh. $\times 1$. 2 dager senere kultur g.k. positiv. Innlagt U. S. Marine Hospital, Staten Island, N. Y. Behandlet med penicillin og sulfadiazin (dosering ikke oppgitt). Utskr. helbr.

4) L.nr. 19 008. G. S., 25 år. Symptomer i 2 uker. 20 tabletter sulfatiazol ombord. Deretter penicillinkur i sykehus i Philadelphia. N.P.H.S., g.k. positiv. 300 000 enh. $\times 1$. 3 dager senere utstryk g.k. positiv. Ny «kur» 300 000 $\times 1$. 4 dager senere g.k. positiv. Han fikk deretter 100 000 enh. $\times 3$ med 3 timers mellomrom. 7 dager senere kultur g.k. positiv. Han ble så gitt en sulfadiazinkur, 4 gram initialdose, deretter 1 gram hver 3. time, tils. 50 gram. Etter denne kur ble han symptomfri, g.k. negativ i utstryk og kultur.

Av det samlede materiale ble altså 41 av 49 pasienter helbredet ved 1. gangs injeksjon av 300 000 enh. penicillin, ytterligere 4 ved 2. gangs injeksjon av samme mengde, 2 ble helbredet etter fornyet penicillinbehandling i sykehus, 1 etter kombinert penicillin- og sulfadiazinbehandling og 1 som fikk 4 kurer penicillin med tils. 1 million enheter, ble helbredet med sulfadiazin

alene. Denne siste pasient må vel betraktes som penicillin-resistent.

I tabell 2 er satt opp en sammenstilling av resultater som er oppnådd av andre med varierende doser penicillin i 1 injeksjon.

Tabell 2.

	Dose	Antall pas.	Antall helbr.	Pst. helbr.	Ny kur	Helbr. 2. kur
Romansky & Rittman 51 250—100 000		12	11			
Romansky, Rittman & Murphy	100 000	100	93	93	150 000	7
Do.	150 000	75	75	100		
Cohn & al.	150 000	105	101	96		
Jones, Donaldson & Allen	250 000	113	108	96		
Chinn & al.	300 000	115		95		
Eget materiale ..	300 000	49	41		300 000	4

Som regel ble våre pasienter «tørre» så å si med en gang. Hos noen holdt det seg katarralske symptomer i noen dager etter injeksjonen. Vi har ikke i noe tilfelle sett uheldig lokal eller generell virkning etter injeksjonen.

Viktigheten av serologisk kontroll minst 3 mndr. etter endt behandling fremheves fra alle hold. Samtidig infeksjon med gonoré og lues er ikke sjelden, jfr. O. Idsøe's artikkel i dette tidsskrift tidligere i år. Enkelte har av den grunn og av frykt for at penicillinbehandling i inkubasjonstiden skal kunne maskere en ev. lues (H a x t h a u s e n, K l e m) reist spørsmålet om det ikke ville være riktig å vente med penicillinbehandling av akutt gonoré til pasienten er tilstrekkelig observert med henblikk på en ev. primærlues.

Seilende sjøfolk med akutt gonoré må iallfall behandles med det mest effektive middel en har for hånden, nemlig penicillin, så snart diagnosen er stilt. Både av sosiale og epidemiologiske grunner ville det være høyst uheldig å ha disse pasienter gående i flere uker i havn, liksom det også forbyr seg av rent praktiske årsaker. Dessuten er frykten for at penicillin i de doser som i alminnelighet brukes ved gonoré skal virke maskerende på en ev. samtidig luesinfeksjon, sannsynligvis noe overdrevet. At penicillin i doser på opptil 300 000 enh. i inkubasjonstiden ikke vil skjule primærsåret har vi sett to eksempler på. Disse pasienter er ikke med i det materiale som er omtalt foran.

1) L.nr. 18 607. A. H., 31 år. 4/5 1946 N.P.H.S. med en akutt urethritt av 3 ukers varighet. 2 kurer sulfatiazol ombord uten virkning. Fikk penicillin 300 000 enh. \times 1, hvor-etter symptomfri. Få dager etter behandlingen på vei over til Norge la han merke til et sår på penishodet. Ble behandlet av læge i Stavanger for lues I. Fikk 3 sprøyter neosalvarsan og 3 sprøyter wismol. 5/7 1946 tilbake i New York og ble innlagt i U. S. Marine Hospital, Staten Island, N. Y., hvor han lå i tiden 5.—13. juli 1946 under diagnosen tidlig latent syfi-

lis. Kahn, Kolmer og Mazzini negativ. Spinalvæsken normal. Fikk penicillinkur, 85 injeksjoner à 20 000 enh. med 2 timers mellomrom.

2) L.nr. 17 813. A. M., 22 år. 2/1 1946, hatt utflod i noen dager etter smitte for 2 uker siden. Har tatt 42 tabl. sulfatiazol uten virkning. G.k. positiv. Fikk penicillin 100 000 enh. \times 2. Helbredet, kontroll i 12 dager, negativ kultur. W.R. negativ. I sjøen 2/2 1946 ulcus penis. Læge i Matadi, Belgisk Congo. Mørkefelt positiv for trep. pall. W.R. sterkt positiv. Fikk tils. 3,45 gram As og 1,5 gram Bi. 26/3 1946 tilbake i New York, ble innlagt U. S. Marine Hospital, hvor han lå i tiden 27/3—6/4 1946 under diagnosen tidlig latent syfilis. Mazzini positiv, Kahn tvilsom. Spinalvæsken normal. Fikk penicillin 85 injeksjoner à 40 000 enh. med to timers mellomrom.

I 1. tilf. var inkubasjonstiden ca. 4 uker, i 2. tilf. ca. 6 uker.

Av lettforståelige grunner vil det hos sjøfolk ikke alltid være mulig å få utført den nødvendige serologiske kontroll på det sted hvor behandlingen har foregått. Alle som får penicillinbehandling for gonoré blir imidlertid forklart viktigheten av å få tatt blodprøve om 2 à 3 mndr. Svært mange av sjøfolkene tar dessuten på eget initiativ temmelig regelmessig blodprøver «for sikkerhets skyld».

Som nevnt har en del norske skip anskaffet penicillin til bruk ombord. Det er et spørsmål om det ikke ville være klokt å la penicillin inngå blant de medikamenter som skal finnes ombord i skip i utenriks fart. Medisinkisten ombord i alle norske skip skal inneholde sulfatiazol, men det helbreder bare en liten pst. av gonoré-tilfellene og kan når det brukes ukontrollert ombord representere en virkelig fare (nyre- og blodskader). Et stort fremskritt ville det naturligvis være om en fikk penicillinpreparater som kan tas per os og som er fullt effektive. Behandling av gonoré med penicillintabletter befinner seg ennå på forsøksstadiet.

Prisen på 300 000 enheter penicillin i Pendil er for tiden \$ 2,10, mens Squibb's «penicillin in oil and wax» koster \$ 4,35 pr. karpyle à 1 cm³ (300 000 enh.).

Konklusjon.

1) En enkelt injeksjon av penicillin i tilstrekkelig dose er en god og lettvent metode til behandling av akutt gonoré hos menn i ambulant praksis. Pasienten har omtrent 90 pst. sjanse til å være helbredet for sykdommen når han forlater lægekantoret etter første gangs konsultasjon.

2) Behandlingen bør foretas så snart diagnosen er stilt.

3) Hvis én behandling svikter, er det gode utsikter til å helbrede pasienten ved å gi en ny injeksjon.

4) Hvor der oppstår penicillinresistens, kan en sulfonamidkur føre fram.

5) Nødvendigheten av å foreta serologisk kontroll i de første måneder etter behandlingen understrekes.

Single Injection Treatment of Acute Gonorrhoea with Penicillin.

At The Norwegian Public Health Service, New York, 49 Norwegian sailors of the merchant marine were treated for acute gonorrhoea as outdoor patients with one single injection of 300 000 O. u. of penicillin in water-in-oil emulsion. 9 of the patients gave a history of earlier syphilis, however, all of them now had negative serology. 15 had earlier gonorrhoea, thereof 3 were infected twice and 2 three times. 23 of the patients were previously treated with sulfathiazole aboard their ships, the dosage varying between 10 and 75 grams. 6 had an ordinary course of penicillin, 5—6 injections, before the treatment at N. P. H. S.

The diagnosis before treatment was made by the clinical symptoms and the findings of gramnegative intracellular diplococci in the urethral smears. The criteria for cure were: At least one negative smear and one negative culture of urethral and prostatic secretions 3 to 7 days after the injection and no relapse of the symptoms in the following days.

41 of the 49 patients were cured by one single injection of 300 000 O. u. of sodium penicillin in water-in-oil emulsion. 4 more were cured by a second injection of the same amount. Of the remaining four 1 developed an acute epididymitis one week after the injection and was cured after hospitalisation and prolonged therapy with penicillin and hotbox, 1 had two relapses (reinfection?) and was cured in hospital with 20 injections of penicillin (dosage unknown), another who had two relapses was cured in hospital with a combined course of penicillin and sulfadiazine. The fourth patient, who received previously 10 grams of sulfathiazole aboard, one ordinary course of penicillin in one of the hospitals and 3 courses of penicillin, 300 000 units in each, continued to have discharge with gonococci found in smears and culture. He was cured with an intensive treatment of 50 grams of sulfadiazine.

The authors also report the occurrence of primary syphilitic lesion on the penis of two patients who during the incubation period were treated with 200 000 and 300 000 units of penicillin. One of these patients developed a penile ulcer about 4 weeks and the other about 6 weeks after the exposure.

Litteratur:

- Chinn, B. D., Olansky, S. & Murphy, I. G.: Med. Ann. Distr. Columbia, 1946: 15: 62.
Cohn, A., Kornblith, B. A., Grunstein, I., Freund, J. & Thomson K. J.: J. Ven. Dis. Inform. 1946: 27: 154.
Danbolt, N.: Tidsskr. f. D. n. l. 1946: 66: 393.
Harrison, L. W.: Practitioner 1945: 155: 223.
Idsoe, O.: Tidsskr. f. D. n. l. 1946: 66: 271.
Jones, T. R. L., Donaldson, E. M. & Allen, S. J.: Lancet 1946: 1: 526.
Klem, A.: Tidsskr. f. D. n. l. 1946: 66: 18.
Romansky, M. J., Murphy, R. J. & Rittmann, G. E.: J.A.M.A. 1945: 128: 404.
Romansky, M. J. & Rittmann, G. E.: Bull. U. S. Army M. Dept. 1944. No. 81: 43. (Ref. Mohr & al.: Arch. Int. Med. 1946: 77: 428.)
Selvaag, O.: Tidsskr. f. D. n. l. 1945: 65: 380.

ER SPESIFIKK BEHANDLING ALLTID NØDVENDIG HOS SVANGRE MED LUES ANTEA?

Av ARVE MADSEN

(Fra Rikshospitalets hudavdeling.
Sjef: Professor, dr. med. N. Danbolt.)

Det er en vel kjent sak at prognosen for avkommet til ubehandlede luetiske svangre er meget dårlig, men disse kvinner kan, hvis infeksjonen ligger langt tilbake i tiden, av og til føde friske barn. Hvis moren har en florid syfilis i begynnelsen eller i midten av svangerskapet, unngår fosteret neppe infeksjonen.

De forskjellige undersøkere angir hyppigheten av aborter, dødfødte, døde i spe alder, kongenitt-luetiske barn og friske barn noe forskjellig hos *ubehandlede luetiske svangre*. Følgende tall gjelder aborter og dødfødte: 36,9 pst. (Touraine & Roitenstern), 48,9 pst. (Moore), 49,4 pst. (J. R. McCord). Døde som spebarn: 18,4 pst. (Moore), 31,8 pst. (Touraine & Roitenstern). Aborter, dødfødte og døde i spe alder: 45,9 pst. (McKelvey & Turner), 52 pst. (Sprinz). Levende barn med lues congenita: 11,1 pst. (Moore), 34,9 pst. (McKelvey & Turner). Friskt barn: 16,9 pst. (Moore), 19,2 pst. (McKelvey & Turner).

I lues congenita-materialet ved Rikshospitalets hudavdeling for de 8 siste årene er samlet opplysninger om resultatet av 210 svangerskap hos 57 luetiske mødre. Opplysningene med hensyn til aborter, dødfødte og døde (ikke bare spebarn) er ufullstendige da en i mange tilfelle ikke har kunnet eksaminere mødrene (til f. eks. voksne lues congenita-pasienter), men tallene er av interesse selv om enkelte representerer minimumstall. Hos disse 57 luetiske mødre ble det oppgitt: 3 aborter (alt for lite), 20 dødfødte, 40 døde som barn, 86 sikre tilfelle av lues congenita, 26 friske barn (antenatal behandling i 5 tilfelle) og 35 levende barn, hvor sikre opplysninger mangler (i flere tilfelle er søsken oppgitt å være friske liksom moren!).

Hvis en hadde hatt anledning til å undersøke den siste gruppen, ville sikkert flere tilfelle av lues congenita blitt avsløret. Som eksempel på hva en kan oppnå ved familieundersøkelser skal kort nevnes en luetikerfamilie som ble oppdaget under krigen: Moren ble gift i 1917, og av de barna hun fødte i tiden 1918—1939 viste det seg at 8 led av lues congenita (lues congenita tarda hos nr. 1, 5, 6, 7 og 8; lues congenita latens hos nr. 3, 9 og 10), en døde ved drukning 7 år gammel (nr. 2), og et barn som var 20 år gammel (nr. 4) ble det dessverre ikke anledning til å få undersøkt. Den yngste med lues congenita latens ble altså født 21 år etter morens infeksjon. De 8 første barna fødtes regelmessig med 2

dentene er boken blitt mottatt med en entusiasme som de også personlig ga uttrykk for ved den forelesningsrekke prof. Møller holdt i Oslo våren 1946.

«Møller» er nå kommet ut i 3. utgave i løpet av fem år. Det er et flott resultat for en nordisk lærebok i vårt fag, men vi tør trygt spå den en lang rekke senere utgaver. Boken er velkjent blant norske læger og studenter gjennom de to tidligere utgaver, så noen nærmere omtale tør være overflødig.

I den 3. utgave er følgende kapitler helt nye: Antibiotika, Diverse Kemoterapeutika, Insekticide Midler, Dikumarol, Galdesyre, Antithyreoida-stoffer. En lang rekke kapitler er blitt på vesentlig måte revidert. Således merker en seg her bl. a. en omtale av bruken av *kurare* som adjuvans ved inhalasjonsanestesi, pikrotoksin som antidot ved barbitursyreforgiftninger, østrogene stoffer i terapien av ca. prostatae.

En rekke norske forskeres arbeid finnes omtalt, således av Holst og Frølich, Kobro, Laland og Klem, Natvig, Nicolaysen, Røvig og Rømcke (hvis navn har vært feilaktig stavet i alle tre utgaver).

Th. Thjøtta: PENICILLIN. 118 s. Dreyers forlag. Anmeldt av Jens Bjørneboe.

Når professor Thjøtta har påtatt seg den oppgave å skrive en populær fremstilling om penicillin, vil en spenne forventningene ganske høyt. Det må sies at han også i høy grad innfrir disse. Ikke bare publikum, for hvem boken i første rekke er skrevet, men også læger og studenter vil med utbytte kunne lese Thjøttas: Penicillin. Boken inneholder en nøktern og sensasjonsfri, men ikke desto mindre rent ut spennende beretning om penicillinets oppdagelse og det forskningsarbeid som er nedlagt for at dette lægemiddel skulle bli allemannseie. Thjøttas bok Penicillin kan stå som et mønster for populærmedisinske bøker.

UTENLANDSK:

KIKHOSTEBEHANDLING

I Sveits har en i lang tid behandlet kikhoste med kuropphold høyt til fjells og gjort gode erfaringer. Da denne behandling imidlertid faller kostbar og kun kan anvendes av et lite utvalg økonomisk bedrestilte pasienter har en søkt å oppnå den samme virkning dels ved høydeflyvning mellom 3 500 og 5 000 m, dels ved utflukter til forholdsvis lett tilgjengelige fjelltopper, f. eks. Säntis, ca. 2 000 m. o. h.

For høydeflyvningens vedkommende har Lauen er og Maeder meldt om gunstig resultat i et materiale på 250 pas., mens Landolt, Claman og Becker-Freyseng hos 170 pasienter ikke kunne konstatere noen sikker effekt. Richard Rehsteiner har søkt å vurdere resultatene av ekskursjoner til Säntis på basis av 87 tilfelle. (Han angir opprinnelig å ha

K o r r e s p o n d a n s e r

Hr. redaktør.

I mitt inserat i «Tidsskriftet» nr. 23, 1946 med forslag til modifikasjon av Hartmann og Senn's formel til dosering av bikarbonat ved intravenøs alkaliterapi, har der dessverre sneket seg inn 2 trykkfeil som gjør det hele meningsløst. Jeg tør derfor be om å få tatt inn følgende rettelse (etter mitt manuskript):

For isotonisk oppløsning får man følgende formel:
Antall liter 1,3 pst. bikarbonatoppløsning

$$= \frac{(60 \div AR) \times 0.7 \times V \times 0.084}{2.24 \times 13}$$

$$= \frac{(60 \div AR) \times V}{1000} \times 2$$

For hypertonisk oppløsning blir formelen:
Antall liter 5 pst. bikarbonatoppløsning

$$= \frac{(60 \div AR) \times 0.7 \times V \times 0.084}{2.24 \times 50}$$

$$= \frac{(60 \div AR) \times V}{1000} \times 0.525$$

hvilket for praktisk behov kan settes

$$= \frac{(60 \div AR) \times V}{1000} \times \frac{1}{2}$$

Blindern den 6. desember 1946. Kristen Arnesen.

sendt ut ca. 600 spørreskjemaer, så hans materiale kan vel neppe betraktes som representativt. Ref. anm.)

Hos ca. halvparten av pasientene avtok hosteanfallene i hyppighet og styrke. Den gjennomsnittlige varighet av stadium convulsivum i hans materiale var 38 dager mot 45 dager i et «ubehandlet» kontrollmateriale.

I 40 pst. av tilfellene var stadium convulsivum kortere enn dette gjennomsnitt. Dette forhold kan bevirke en tilsynelatende effekt av utfluktene til Säntis og bidrar i vesentlig grad til å gjøre denne form for kikhostebehandling populær.

Det gunstigste tidspunkt for kikhostebehandlingen synes å være i 2. og 3. uke etter hosteanfallenes begynnelse. Overnatting på fjelltoppen ga bedre resultater enn retur samme dag.

Virkingen antas å bero på en desensibilisering av hostesentret på grunn av det nedsatte surstoffpartialtrykk eller ved psykisk innvirkning. En lignende effekt kan en se ved injeksjon av ulike medikamenter. Hvis behandlede barn kommer tilbake til et kikhostemiljø, får de snart sine anfall igjen, idet de «tar etter» de andre barn.

Dette forhold kan delvis forklare den betydelige variasjon i den terapeutiske effekt i de ulike materialer.

Rehsteiner tar avstand fra planen om å opprette et kikhostehospital oppe i høyfjellet.

(Schweiz. Med. W.schr. 76: 510, 1946.)