

Resultat vid försök till abortivbehandling av syfilis under åren 1911, 1912...

Åhman, [Carl] Gösta

46 C f Br.



National Library
of Sweden

Med.
Dermat.
(90)
o

Resultat vid försök till abortivbehandling av syfilis under åren 1911, 1912 och 1913.

Av Gösta Åhman.

Den framlagda statistiken omfattade 120 fall, varav 46 tidiga och 41 sena primärfall och 33 tidiga sekundärfall. Som tidiga primärfall räknades här de fall, som vid behandlingens början hade negativ W. R., dels de fall, som vid denna tidpunkt ej serologiskt undersökts, men kommit till behandling inom en månad efter sannolik infektionsdatum. Som sena primärfall räknades alltså de, som vid behandlingens början hade positiv W. R. och de, som ej serologiskt undersökts, men börjat sin behandling mer än 1 månad efter sannolik infektionsdatum. De tidiga sekundärfallen hade alla börjat behandlingen vid tiden för det första utslaget början. Av de tidiga primärfallen hade 19, av de sena 14 och av sekundärfallen 11 antingen avbrutit behandlingen eller ock efter behandlingens slut försvunnit och i alla händelser ej blivit efterkontrollerade vare sig genom klinisk eller serologisk observation. Om deras öde är således intet bekant. De övriga fallen äro däremot alla såväl kliniskt som serologiskt observerade efter behandlingens slut i minst 1 år, flertalet i 2 år, somliga t. o. m. 3 à 4 år.

Av de 27 tidiga primärfall, som sålunda observerats, har endast 1, motsvarande 3.7 %, fått serologiskt recidiv.

Av de likaledes 27 sena primärfallen ha däremot 8, motsvarande 29.6 %, fått serologiska och somliga av dem även kliniska recidiv.



Av de 22 observerade sekundärfallen ha även 8, motsvarande 36 3 %, recidiverat serologiskt eller kliniskt.

Av dessa siffror framgår, huru oerhört mycket sämre prognosen är, så fort det tidiga primärstadiet passerats.

I anslutning till denna statistiska sammanställning redogjorde hr Å. för sitt tillvägagångssätt och de principer, som så småningom blivit ledande för honom vid hans abortivförsök.

Det viktigaste för all abortivbehandling av syfilis är att komma till en tidig diagnos genom att mikroskopiskt påvisa spirochæte pallida. För den vanliga praktikern är det enklast att härtill använda tuschmetoden, varvid pelikantuschet med fördel kan ersättas av en femprocentig kollargolösning, som också ger rätt goda bilder. För specialisten är likväl »dunkelfältet» att avgjort föredraga, ehuru det fordrar särskild mikroskopisk utrustning. Att expektera och underlåta att ställa tidig mikroskopisk diagnos, där sådant kan ske, är ett grovt fel, ty patienten går därigenom, såsom av den anförda statistiken tydligt framgår, miste om en utomordentligt gynnsam chance.

Sedan diagnosen ställts, bör primäraffekten, där så ske kan, exstirperas, icke i avsikt att förekomma allmän syfilis, ty detta lyckas sällan eller aldrig, utan för att förekomma bildandet av en recidualhärd på sklerosens plats. Härför predisponerar nämligen sklerosens anatomiska byggnad, som gör att den trögt reagerar för den allmänna specifika behandling, som därpå genast bör följa.

Gäller det nu ett tidigt primärfall, bör denna behandling genast från början företagas med högsta intensitet.

Under åren 1911 och 1912 behandlades 22 fall enbart med salvarsan, men sedermera ha även sådana tidiga fall alltid behandlats kombinerat. Vad Hg-behandlingen angår användes till en början helst salicyl-Hg-injektioner och därpå exempelvis merkuriololja. Av salvarsan ha dessutom 6 à 8 intravenösa injektioner var 5—7 dag givits i en dos av gm 0.3—0.4—0.5 allt efter kön, ålder, kroppsvikt och allmäntillstånd. Har det gällt en kraftig frisk manlig patient, har en totaldos av bortåt 4 gm gärna eftersträfvats. Så



behandlade fall ha därpå ställts på observation, varvid upprepade serologiska undersökningar anbefallts under 2 år.

Senare primärfall ha vanligen fått en à två lindrigare kombinerade efterkurer, innan observationstiden börjat. Behandlingens intensitet får i sådana fall rätta sig efter de serologiska undersökningsresultaten. Utslocknar W. R. under behandlingen mycket snabbt, får väl nämligen detta anses som ett prognostiskt gynnsamt och motsatsen som ett prognostiskt ogynnsamt tecken.

I sekundärstadiet får behandlingen skötas på ett annat sätt i så måtto, att man i regel undviker att genast börja med salvarsan och inleder behandlingen med snabbverkande Hg-preparat, t. ex. salicyl. Hg. Börjar man med salvarsan, reagera nämligen dessa patienter ofta mycket häftigt, men efter en förberedande Hg-behandling tolereras medlet ganska väl. Vid sidan av Hg-behandlingen enligt vanligt schema ges så 6 à 8 salvarsaninjektioner i första kuren, som regelbundet åtföljes av 2 à 3 kombinerade efterkurer med 4 à 5 salvarsaninjektioner i varje. Sekundärfallen böra noggrant serologiskt följas även från början under behandlingen, och det får bero på de serologiska undersökningsresultaten, om detta behandlingsprogram skall helt fullföljas, om något därav kan avprutas, eller om det måste överskridas, i vilket senare fall behandlingen ju icke längre kan göra skäl för namnet abortivkur.

Föredraganden relaterade till sist exempel på misslyckade abortivkurer, av vilka han för sin del drog den slutsatsen, att det icke är rådligt att avpruta något av det angivna behandlingsprogrammet.

Den framlagda statistiken visade ju, att i det senare primärstadiet 29.6 % av abortivförsöken misslyckats. Föredraganden uttalade dock den förhoppningen, att det i fortsättningen skulle visa sig, att denna siffra kunde betydligt nedbringas. Under åren 1911—1913, som denna statistik avser, hade han nämligen ej behandlat dessa fall med samma intensitet som senare skett och som förut angivits. Dessutom hade primärfallen under denna tid ej systematiskt från början blivit serologiskt följda, vilket däremot de sista

åren varit händelsen. Det vore väl troligt, att behandlingse resultatet skulle bli bättre, om man ej allt för mycket höll på en viss schablon, utan lät behandlingsintensiteten mer-rätta sig efter de serologiska undersökningsresultaten.



