



Grey Scale #13



A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19



79 3811

MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ

Zdr. - 7/46

WSKAZÓWKI
DO ETAPOWEGO LECZENIA
CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
PODCZAS POKOJU



WOJSKOWY
INSTYTUT NAUKOWO-WYDAWNICZY

1 9 4 6



79 54 3811
MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ

Zdr. - 7/46

W S K A Z Ó W K I
DO ETAPOWEGO LECZENIA
CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
PODCZAS POKOJU



WOJSKOWY
INSTYTUT NAUKOWO - WYDAWNICZY

1 9 4 6

MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ

Zdr. - 7/46

W S K A Z Ó W K I
DO ETAPOWEGO LECZENIA
CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
POD CZAS POKOJU



**Wyższa Szkoła Oficerów
Politycznych**

Nr 2



18 r.

WOJSKOWY
INSTYTUT NAUKOWO - WYDAWNICZY

1 9 4 6

MINISTERSTWO
OBRONY NARODOWEJ

Warszawa, dn. 23. 7. 1946 r.

ROZKAZ WPROWADZAJĄCY nr 196

Z dniem 1. VIII 1946 r. wprowadzam do użytku służbowego instrukcję „Wskazówki do etapowego leczenia chorób wewnętrznych podczas pokoju” oraz nadaję jej sygnaturę Zdr. — 7/46.

III WICEMINISTER
OBRONY NARODOWEJ

(—) *Piotr Jaroszewicz*
gen. bryg.

NACZELNY DOWÓDCA W.P.
MINISTER OBRONY NARODOWEJ

w/z. (—) *M. Spychalski*
gen. dyw.

1626/
1



Rozdział I.

POSTANOWIENIA OGÓLNE.

1. Zadania lekarzy jednostek wojskowych.

Do głównych zadań lekarzy jednostek wojskowych podczas działań bojowych należy szybkie postawienie właściwego rozpoznania oraz w razie potrzeby umiejętna ewakuacja do Dywizyjnego Punktu Opatrunkowego, przy wykorzystaniu odpowiednich środków transportowych.

Podczas pokoju lekarze jednostek wojskowych mają nie tylko możliwości, lecz nawet obowiązek leczenia na miejscu w izbie chorych pewnych rodzajów chorób.

Ta okoliczność skłoniła Departament Służby Zdrowia M.O.N. do opracowania „Wskazówek do etapowego leczenia chorób wewnętrznych podczas pokoju”, w postaci zwięzłej instrukcji dotyczącej głównie lekarzy jednostek wojskowych, a w mniejszym stopniu — lekarzy wojskowych zakładów leczniczych. Wskazówki leczenia nie obejmują wszystkich schorzeń, lecz tylko najczęściej spotykane oraz te, które wymagają jednolitych metod leczniczych. Prócz tego podane są schematy leczenia niektórych schorzeń, obowiązujące wszystkich lekarzy wojskowych.

Do zakresu pracy lekarza jednostki wojskowej należą:

- a) czynności profilaktyczne;
- b) czynności lecznicze.

Praca profilaktyczna — to jedno z najważniejszych zadań. Zaniedbując te obowiązki, lekarz jednostki nigdy nie będzie w stanie wypełnić swych zadań oraz utrzymać dobrego stanu zdrowotnego powierzonych jego pieczy żołnierzy. Należy pamiętać o tym, że znacznie łatwiej jest zapobiec schorzeniom niż leczyć je. Lekarze wojskowi, mający do czynienia z wyborowym materiałem ludzkim, powinni stale pamiętać o szerokiej pracy profilaktycznej; składa się ona z części sanitarno-epidemicznej oraz sanitarno-oświatowej.

Należy systematycznie przeprowadzać pogadanki i odczyty na tematy sanitarne i lekarskie z oficerami i szeregowymi jednostki w/g planu zatwierdzonego przez dowódcę jednostki. Praca oświatowa stanowi główny oręż lekarza w zwalczaniu chorób, zwłaszcza zakaźnych. Niemniej ważna jest praca sanitarno-profilaktyczna, obejmująca nadzór nad stanem koszar, bloków żywnościowych (kuźnie, magazyny żywnościowe, rzeźnie itp.), odzieży i bielizny. Należy też zwracać uwagę na jakość przygotowanych pokarmów i ich różnorodność, a nie ograniczać się tylko do formalnego stwierdzenia ich ilości.

W zakres pracy profilaktycznej wchodzi też różnego rodzaju zabiegi przeciwepidemiczne, jak szczepienia, odkażanie wody, dezynfekcja odzieży i bielizny, nadzór nad łaźnią, wdrożenie żołnierzy do przestrzegania zasad higieny, ćwiczenia fizyczne itp.

Do czynności profilaktycznych należą też okresowe przeglądy całego składu osobowego celem wykrycia osób wymagających stałej obserwacji lekarskiej (podejrzanie o gruźlicę płuc, wrzód żołądka, wady zastawkowe serca, organiczne schorzenia mięśnia sercowego, choroby czynnościowe serca, przewlekłe nieżyty oskrzeli, rozedlina płuc i hypowitaminozy).

Wszyscy ci żołnierze powinni być szczegółowo badani przez lekarza. Okresowe przeglądy lekarskie prócz tego mają za zadanie stwierdzenie stanu uzębienia, stopnia czystości ciała, bielizny i umundurowania oraz stwierdzenie, czy którykolwiek z żołnierzy nie ukrywa choroby, zwłaszcza wenerycznej.

Praca lecznicza lekarza jednostki składa się:

- 1) z przyjęć ambulatoryjnych,
- 2) z pracy w izbie chorych,
- 3) z odwiedzin w mieszkaniach prywatnych chorych oficerów i podoficerów zawodowych oraz członków ich rodzin.

Chorych, zależnie od stanu ich zdrowia, dzieli się na następujące grupy:

- 1) Do pierwszej grupy należą ci, którzy po udzieleniu porady wracają do swych pododdziałów; w razie potrzeby można ich zwolnić na okres do trzech dni od wszystkich lub tylko niektórych ćwiczeń, zajęć albo robót służbowych.
- 2) Do drugiej grupy należą chorzy, wymagający leczenia ambulatoryjnego w jednostce lub w przychodniach specjalnych.
- 3) Do trzeciej grupy należą chorzy, wymagający leczenia w izbie chorych jednostki.

- 4) Do czwartej grupy należą chorzy, wymagający sklerowania celem leczenia lub konsultacji do wojskowego zakładu leczniczego (szpital garnizonowy lub okręgowy).

Wszyscy chorzy na choroby zakaźne, lub podejrzani o nie, muszą być umieszczeni w izolatorze izby chorych i odesłani do wojskowego zakładu leczniczego za pomocą specjalnych środków transportowych, które następnie podlegają odkażeniu w szpitalu.

Wszystkie przyjęcia ambulatoryjne są notowane w specjalnej księdze w/g ustalonego wzoru.

W izbie chorych prowadzi się „Księgę izby chorych“, w której codziennie odnotowuje się zwięźle najważniejsze dane przedmiotowe, a także zastosowane środki lecznicze. Przy kierowaniu chorych z izby chorych jednostki do szpitala należy załączyć wyciąg z księgi izby chorych.

2. Zasady organizacji i pracy leczniczej.

Praca lecznicza w wojsku jest oparta na następujących zasadach:

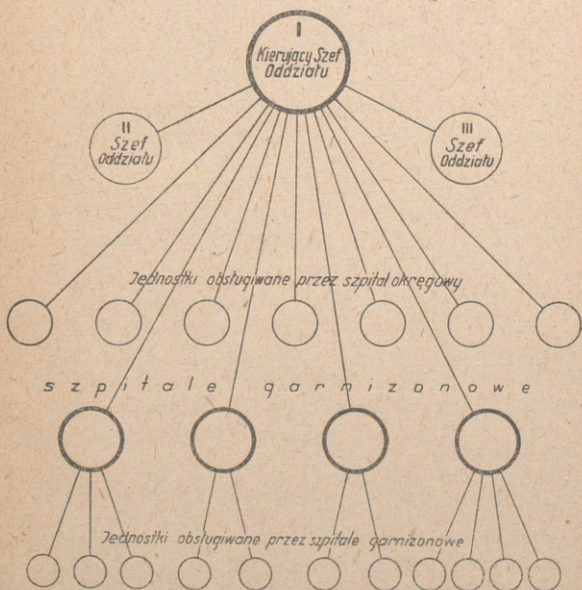
Specjalista szpitala garnizonowego organizuje, kieruje i koryguje pracę leczniczą w zakresie swej specjalności w jednostkach garnizonu; specjalista szpitala okręgowego ma ten sam zakres czynności w stosunku do szpitali garnizonowych i jednostek, które są obsługiwane bezpośrednio przez szpital okręgowy.

Sześć oddziału wewnętrznego szpitala garnizonowego oraz jeden z szefów oddziałów wewnętrznych szpitala okręgowego są kierownikami pracy internistycznej.

Kierujący szef oddziału wewnętrznego szpitala okręgowego zostaje wyznaczony jako główny internista okręgu rozkazem szefa departamentu służby zdrowia M.O.N. na wniosek szefa wydziału służby zdrowia właściwego O.W.

Schemat organizacji służby internistycznej.

SZPITAL OKRĘGOWY



Obowiązkiem kierowników służby internistycznej jest nie tylko należyte kierownictwo, lecz także dążenie do systematycznego podniesienia kwalifikacji zawodowych podległych im lekarzy, przez urządzanie w szpitalach pokazów chorych, wygłaszanie referatów na aktualne tematy oraz ogłaszanie własnych prac naukowych. Tylko stała praca lekarzy, kierowana z góry i oparta na jednolitych zasadach oraz na stałym dążeniu do doskonalenia się, może dać rzeczywiście dobre wyniki w dziale leczenia.

R o z d z i a ł II.

SCHORZENIA NARZĄDU ODDECHOWEGO.

3. Ostry nieżyt oskrzeli.

Izba chorych. Choroba ta, niezależnie od etiologii, nawet w wypadku burzliwego przebiegu z wysoką ciepłotą powinna być leczona na izbie chorych. Przypadki przebiegające nie ciężko z ciepłotą normalną mogą być leczone ambulatoryjnie; należy wyznaczyć leczenie i udzielić w razie potrzeby zwolnienia od wszystkich lub tylko niektórych ćwiczeń, zajęć albo robót służbowych.

Rozpoznanie „ostrego nieżyta oskrzeli” należy stawiać ostrożnie w wypadkach stwierdzenia zmian jednostronnych, lub ograniczonych do określonego odcinka klatki piersiowej. W tych wypadkach najczęściej mamy do czynienia ze zmianami tkanki płucnej, typu zapalenia odoskrzelowego, różnej etiologii.

4. Obostrzenie przewlekłego nieżyta oskrzeli.

Izba chorych. Przewlekły nieżyt oskrzeli nie podlega leczeniu w izbie chorych, wyjątek mogą stanowić tylko wyraźne obostrzenia. W tych wypadkach należy

chorych umieszczać w izbie chorych, bądź też leczyć ambulatoryjnie, udzielając w razie potrzeby zwolnienia od zajęć. Przy leczeniu obostrzeń przewlekłego nieżytu oskrzeli należy pamiętać, że wszelkiego rodzaju środki wykrztuśne są mało skuteczne; lepiej działają środki uspakajające kaszel, dane w odpowiednich dawkach.

W przeważającej większości przypadków są wskazane środki nasercowe, zwłaszcza przy objawach rozpoczynającej się rozedmy płuc i u osobników ponad 30 — 35 lat. W tych wypadkach, w obrazie klinicznym zawsze występują objawy zespołu cardiopulmonalnego, w którym stan serca gra ogromną rolę.

Spośród środków nasercowych można polecić:

Rp. Inf. h. Adonis vern. ex 6,0—8,0—200,0
3 × dziennie po łyżce stołowej lub

Rp. Adonileni, 20—30 kropel 3 × dziennie, albo

Rp. Trae Strophanti per se 8—10 kropel na
dawkę lub w mieszance z Trae Convallariae mai.

Na początku obostrzenia przewlekłego nieżytu oskrzeli dobrze działają suche bańki w ilości 25 — 30.

5. Dychawica oskrzelowa.

Izba chorych. Napad dychawicy oskrzelowej należy natychmiast przerwać, skoro tylko został rozpoznany, przez podskórne wstrzykiwanie roztworu 1 : 1000 siarczanu atropiny lub 1 : 1000 adrenaliny po 1,0. Można zastosować także i inne zalecane preparaty (asthmolizyna). W wypadkach osłabienia działalności narządu krążenia — kamfora, kardiasol, kofeina. Morfiny nie zaleca się.

Chorzy szeregowi i oficerowie, u których rozpoznano dychawicę oskrzelową, nawet po całkowitym opanowaniu ataku powinni być skierowani do garnizonowego lub okręgowego szpitala w celu określenia zdolności do służby wojskowej. W tym celu należy załączyć szczegółowy opis przedmiotowego i podmiotowego stanu chorobowego, spostrzeżenia lekarzy jednostki, a także wyniki zastosowanego leczenia.

Chorych należy skierowywać do szpitala po ustąpieniu ataku.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Jeśli podczas obserwacji w szpitalu garnizonowym lub okręgowym w przeciągu 7 — 14 dni nie zanotowano napadów, bezwzględnie nie należy odstępować od rozpoznania dychawicy oskrzelowej, należy uwzględnić dane z jednostki i wynik badania krwi.

Wzmożona eozynofilia (poniżej 3%), przy nieznacznych nawet innych objawach przemawia za rozpoznaniem dychawicy oskrzelowej; rozumie się, że muszą być wyłączone inne schorzenia powodujące eozynofilię.

Przy skierowaniu chorego na komisję lekarską należy szczegółowo opisać wszystkie objawy przedmiotowe, przemawiające za rozpoznaniem dychawicy oskrzelowej, a także podać częstość i długotrwałość spostrzeżonych napadów.

6. Rozedma płuc.

Izba chorych. Choroba ta w okresie pokojowym przeważnie może występować tylko u oficerów i podoficerów zawodowych starszych roczników. Należy pa-

miętać, że właściwie nie ma środków do leczenia rozedmy płuc. Leczeniu w izbie chorych podlegają tylko przypadki powikłane ostrym nieżytem oskrzeli z objawami niedostateczności krążenia. Chorzy na rozedmę płuc, podobnie jak chorzy z przewlekłym nieżytem oskrzeli, powinni być okresowo badani przez lekarza jednostki, celem wykrycia początkowych objawów tak często występującej niedomogi krążenia. W wyraźnych postaciach rozedmy płuc należy podawać środki nasercowe już przy pierwszych skargach chorego na wzmożenie duszności. W wypadkach znaczniejszych zmian w krążeniu lub choćby nieznacznego podwyższenia ciepłoty, chorych należy kierować do szpitala garnizonowego lub okręgowego. W tym wypadku należy podejrzewać obecność ogniskowego zapalenia płuc, które w warunkach izby chorych przedstawia trudności rozpoznawcze; prawidłowe rozpoznanie często jest możliwe tylko w warunkach szpitalnych (rentgen, badania laboratoryjne).

Szpital garnizonowy i okręgowy. Należy zwrócić uwagę na usunięcie niedomogi krążenia, a także, w razie potrzeby, na leczenie ogniskowego zapalenia płuc.

7. Zapalenie płuc płatowe.

Izba chorych. Leczenie sulfidyną należy zapoczątkować natychmiast po ustaleniu rozpoznania, jeszcze przed ewakuacją do szpitala w/g następującego schematu:

1 doba — 1 dawka 2,0, następnie co 4 godz. po 1,0, razem 7,0,

2 doba — co 4 godz. po 1,0, razem 6,0,

3 doba — co 5 godz. po 1,0, razem 5,0,

4 doba — co 6 godz. po 1,0, razem 4,0,

5 doba — co 6 godz. po 0,5, razem 2,0.

Ze względu na to, że leczenie sulfidynowe będzie kontynuowane w szpitalu garnizonowym, należy dokładnie oznaczyć w wyciągu z księgi izby chorych nie tylko sumaryczne ilości podanej w izbie chorych sulfidyny, lecz także wielkość poszczególnych dawek i dokładny czas podawania.

Chorzy podlegają bezwzględnie skierowaniu do szpitala przy użyciu odpowiedniego transportu, w pozycji leżącej. Poczynając od 4 dnia choroby należy ostrożnie ewakuować, przed transportem wstrzyknąć podskórnie 100% olej kamforowy 3,0—5,0. Choremu towarzyszy instruktor sanitarny, którego obowiązkiem jest zawiadomić lekarza dyżurnego szpitala o przybyciu ciężko chorego i osobiście wręczyć wyciąg z księgi izby chorych. W wypadkach dużej odległości od szpitala, jak to czasem bywa w miejscowościach pogranicznych, przy złych drogach lub braku odpowiedniego transportu sanitarnego, można bardzo ciężko chorych lub chorych po 4 dniu choroby, pozostawić na leczeniu w izbie chorych. W tych wypadkach lekarz jednostki bierze całkowitą odpowiedzialność na siebie i powinien stworzyć niezbędne warunki w izbie chorych.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Jeśli leczenie sulfidyną zostało zapoczątkowane już w izbie chorych, to w razie potwierdzenia rozpoznania należy je kontynuować wg podanego schematu. Godzinę przyjęcia leku i dawkowanie należy dokładnie oznaczać w historii choroby

na 1 dobę w przód, przy czym każda wydana dawka powinna być potwierdzona podpisem osoby pielęgnującej, np.:

24. I 1946 r. Sulfidini 2,0 — 12,0 (—) Bolakcewicz,

24. I 1946 r. Sulfidini 1,0 — 16,0 (—) Orłowska itd.

Sulfidynę należy podawać w ściśle określonym czasie; jeśli chory o tej porze śpi, należy go obudzić.

Objawy zatrucia sulfidyną zmniejszają się przy obfitym piciu, zwłaszcza płynów alkalicznych, a także po podaniu witaminy „C” i „B” (kwasu askorbinowego i nikotynowego). Kwas askorbinowy można podawać doustnie 0,2 — 0,3 — 3 razy dziennie (płynów alkalicznych podawać wówczas nie można) lub dożylnie w postaci 2% roztworu w glukozie po 5,0 — 10,0 — 1 raz dziennie. Kwas nikotynowy podaje się doustnie w dawkach 0,1 — 3 razy dziennie. Poza tym można stosować leczenie objawowe: kofeinę, kamforę, przetwory naparstnicy lub strofantu, zależnie od wskazań, a także suche bańki. W okresie rezolucji — okłady rozgrzewające, które przyspieszają ten proces.

W czasie trwania choroby należy zwrócić szczególną uwagę na odżywianie chorego (mało objętościowe, lekkostrawne pokarmy w częstych niewielkich porcjach) i na codzienne stolce (w razie potrzeby stosować lewatywy).

Na opuszczanie łóżka można pozwolić najwcześniej po siedmiu dniach normalnej ciepłoty i po zupełnej likwidacji procesu zapalnego w płucach. Wypisanie ze szpitala nastąpić może w 10 dni po zakończeniu choroby. Po wypisaniu należy udzielić miesięcznego urlopu.

8. Odoskrzelowe zapalenie płuc.

Izba chorych. Lekkie przypadki tego schorzenia: niewielkie rozmiary ogniska zapalnego; wypadki przebiegające z niewysoką ciepłotą i nieznacznymi objawami intoksykacyjnymi, mimo długotrwałego przebiegu mogą być leczone w izbie chorych, lecz tylko w tym wypadku, gdy mogą być stworzone odpowiednie warunki pielęgnacji.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Leczenie odoskrzelowego zapalenia płuc przeprowadza się wg ogólnie przyjętych metod i stosuje się środki wykrztuśne, uspokajające kaszel, suche bańki, okłady rozgrzewające, a w razie potrzeby środki nasercowe.

Środki wykrztuśne należy przepisywać okresowo na 2 — 2,5 dnia w dostatecznie dużych dawkach (Infus R. Ipecacuahnae e 1,0 — 200,0 — 6 x dziennie po łyżce stołowej).

Przy przepisywaniu środków wykrztuśnych należy się kierować ilością i rodzajem słyszalnych rzężeń; najlepsze wyniki osiąga się w wypadkach obecności dużej ilości rzężeń wilgotnych, zwłaszcza średniobańkowych. W celu przyśpieszenia resorpcji można na noc stosować rozgrzewające okłady lub fizjoterapeutyczne zabiegi cieplne. W wypadkach, gdy długo nie następuje rezo-lucja, można spróbować w średnich dawkach promienie pozafiolkowe. Po wyleczeniu należy chorym udzielić urlopu w granicach do 1 miesiąca.

9. Suche zapalenie opłucnej.

Izba chorych. Wszystkie przypadki suchego zapalenia opłucnej, niezależnie od etiologii, jeżeli tylko nie

są powikłaniem innego schorzenia, podlegają leczeniu w izbie chorych. Ponieważ duża część tych schorzeń jest pochodzenia gościcowego, poleca się rozpocząć leczenie dużymi dawkami przetworów salicylowych (Natrium salicylici 8,0 — 10,0 na dobę w ciągu 5 dni). Jeżeli leczenie pozostaje bez efektu, należy zastosować leczenie objawowe. Wskazane są okłady rozgrzewające, które zmniejszają ruchomość klatki piersiowej, z drugiej strony zaś przez ogrzanie zmniejszają uczucie bólu. Dobre wyniki dają gorczyczniki (synapizmy) zastosowane na bolesne miejsce: przeciwwskazaniami są krwiotłucia lub skłonności do nich.

Jeżeli szmer tarcia opłucnej trwa 12 — 14 dni, należy chorych nawet z podwyższoną ciepłotą skierować do szpitala garnizonowego celem dokładnego zbadania i leczenia.

10. Wysiężkowe zapalenie opłucnej.

Izba chorych. Każdy wypadek wysiękowego zapalenia opłucnej należy natychmiast po ustaleniu rozpoznania kierować do szpitala garnizonowego.

Olbrzymia większość przypadków jest pochodzenia gruźliczego, dlatego też niezbędne jest dokładne zbadanie chorego oraz przeprowadzenie badania rentgenologicznego. Ewakuować należy w pozycji leżącej, niezależnie od samopoczucia chorego, pod opieką instruktora sanitarnego. Wszystkie przypadki wysiękowego zapalenia opłucnej należy traktować jako ciężkie.

Szpital garnizonowy i okręgowy. We wszystkich przypadkach, gdy istnieje podejrzenie obecności

płymego wysięku, należy bezwzględnie wykonać próbne nakłucie opłucnowe z badaniem płynu.

Natychmiast po przyjęciu do szpitala — należy przepisać przetwory salicylowe w dużych dawkach na przeciąg 5 dni (por. suche zapalenie opłucnej). Jeżeli płyn nie ulegnie wessaniu w przeciągu 7 — 8 dni, należy wykonać powtórne nakłucie, aby usunąć płyn całkowicie. Przy wskazaniach klinicznych należy usuwać płyn we wcześniejszym okresie (narastająca duszność, objawy niedomogi krążenia). Wczesne nakłucia lecznicze zapobiegają tworzeniu się zrostów i w znacznym stopniu skracają przebieg choroby. Jeżeli po nakłuciu płyn zbiera się ponownie, należy nakłucie po kilku dniach powtórzyć. Przeciwwskazaniem dla powtórnego nakłucia jest podwyższenie ciepłoty po ewakuacji płynu, lub obecność w płucu po stronie chorej świeżych zmian gruźliczych, ze skłonnością do rozpadu. Poza tym jest wskazane zwykłe leczenie objawowe.

Jeżeli pozostałości po wysiękowym zapaleniu opłucnej długo nie wsysają się, albo gdy ciepłota wykazuje długotrwałe stany podgorączkowe (nie przewyższające $37,5 - 37,8^{\circ}$), chorego należy skierować na komisję lekarską w celu udzielenia dłuższego urlopu (2 — 6 miesięcy, zależnie od porządku) albo, jeżeli istnieje możliwość, przyznania leczenia sanatoryjnego. Po zakończeniu urlopu, przed skierowaniem do jednostki, należy przeprowadzić szczegółowe badanie w warunkach szpitalnych.

11. Gruźlica płuc.

Zazwyczaj w czasach pokojowych gruźlica nie należy do schorzeń rozpowszechnionych w wojsku. Obec-

nie jednak cały szereg przyczyn związanych z 5-letnią okupacją kraju, a także nie dość staranna selekcja w komisjach poborowych oraz nienależyte prowadzenie w jednostkach przeglądów nowowcielonych składają się na to, że gruźlica płuc zajmuje poważne miejsce wśród chorób spotykanych w wojsku. Największą ilość chorych gruźlicznych stanowią nieprawidłowo zakwalifikowani przez komisje poborowe, pozostali zaś to ci, których schorzenie jest skutkiem zaostrenia starego procesu lub rozsiania się ukrytych ognisk.

Izba chorych. Jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że walka z gruźlicą w wojsku powinna być prowadzona przede wszystkim przez bardziej staranną eliminację zarówno w komisjach poborowych, jak i przez lekarzy jednostek wojskowych. Szczegółowe przeglądy w tym okresie są konieczne, gdyż tylko w ten sposób można najszybciej i najskuteczniej zlikwidować źródła zakażenia w samych jednostkach.

Wszyscy rekruci przybywający do jednostki powinni być zbadani niezwłocznie po wcieleńiu, najpóźniej w ciągu 14 dni od daty przybycia do jednostki; uwagę należy zwracać na wywiad (przebyta gruźlica płuc, wyśiękowe zapalenie opłucnej, długotrwałe stany podgorączkowe, kontakty itp.). Przy najmniejszym podejrzeniu o gruźlicę należy badanego wziąć pod stałą obserwację i w ciągu kilku dni systematycznie mierzyć ciepłotę (4 — 6 razy dziennie), co najwygodniej jest przeprowadzać na izbie chorych.

Najpewniejszym sposobem stwierdzenia gruźlicy płuc jest przeprowadzenie badania rentgenologicznego; nie należy jednak zaniedbywać żadnych dostępnych

metod rozpoznawczych, gdyż każdy przypadek należy oceniać na zasadzie wszystkich objawów.

Gdzie to możliwe, badanego trzeba uprzednio poddać badaniu rentgenologicznemu; w ogóle należy się starać, by badanie w jednostce było jak najzupełniejsze, gdyż w ten sposób uniknie się zbytniego i nadmiernego obciążenia szpitala.

Jeżeli dane starannego badania wskazują na możliwość gruźlicy, chorego należy skierować do szpitala.

Po stwierdzeniu otwartej gruźlicy płuc należy poddać szczegółowej obserwacji wszystkich kolegów z najbliższego otoczenia chorego, których łóżka w koszarach stały w odległości do trzech metrów od łóżka chorego. Poza tym obowiązuje zwykła dezynfekcja pomieszczenia i przedmiotów należących do chorego.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Celem zapewnienia chorym na gruźlicę należytej opieki lekarskiej, w głównym szpitalu klinicznym oraz w niektórych szpitalach okręgowych zostały utworzone specjalne oddziały gruźlicze, w pozostałych zaś szpitalach okręgowych — wydzielono oddzielne sale dla tej grupy chorych.

Wszystkich chorych rokujących poprawę, a więc i odzyskanie zdolności do służby wojskowej, należy leczyć, pozostałych chorych kierować na komisje lekarskie, które orzekają stopień zdolności do służby wojskowej. O ile schorzenie zostało stwierdzone do trzech miesięcy od daty wcielenia do wojska, to przy badaniu na komisji lekarskiej należy uważać związek cierpienia ze służbą jako nieistniejący i zwolnić chorych z wojska. O ile cierpienie stwierdzono po upływie trzech

miesiący od daty wcielenia, cierpienie należy zawsze uważać za będące w częściowym związku ze służbą wojskową.

Uznanych za niezdolnych do służby wojskowej, którym przyznano związek cierpienia ze służbą wojskową, należy jako inwalidów przekazywać do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych celem leczenia sanatoryjnego. Chorzy uznani za inwalidów powinni być zarejestrowani w referacie inwalidzkim powiatowych starostw. Ciężko chorzy, których stan zdrowia wymaga leczenia szpitalnego, do czasu uzyskania miejsca w sanatorium pozostają czasowo na leczeniu w wojskowych zakładach leczniczych.

Chorzy żołnierze z otwartą postacią gruźlicy płuc, niezależnie od posiadanego stopnia, podlegają zwolnieniu ze służby wojskowej.

Oficerowie chorzy na gruźlicę płuc są leczeni w sanatoriach; zdolność ich do służby wojskowej określa się po ukończeniu leczenia sanatoryjnego.

Rozdział III.

SCHORZENIA NARZĄDU KRAŻENIA.

12. Zaburzenia czynnościowe układu sercowo-naczyniowego.

Izba chorych. Do tej grupy schorzeń najczęściej są zaliczane różne postacie nerwic serca, przeważnie połączonych z częstoskurczem, a także te schorzenia układu sercowo-naczyniowego, przy których mimo różnorodnych skarg chorego na bóle i nieprzyjemne uczucia w okolicy serca, badający lekarz nie wykrywa żadnych przedmiotowych zmian. Jest jasne, że do grupy zaburzeń czynnościowych często są zaliczane początkowe postacie chorób organicznych, przeto wszyscy chorzy tej grupy powinni być pod systematyczną obserwacją lekarza jednostki i podlegają ambulatoryjnemu leczeniu w jednostce. Należy wypróbować sole bromowe, przetwory kozłka, preparaty fosforowe, a w niektórych przypadkach łagodne środki nasercowe (*Tra Convallariae mai.*). Należy stopniowo wdrażać tych pacjentów do życia żołnierskiego. Zdarza się często, że nawet ludzie fizycznie pracujący na początku zajęć liniowych, do których nie są przyzwyczajeni, odczuwają dolegliwości sercowe, które jednak w miarę treningu mijają bez śladu.

W okresie początkowym można zwalniać od szczególnie forsownych ćwiczeń, jak biegi, długotrwałe marsze itp. W wypadkach, gdy dolegliwości nie ustępują, należy chorego skierować do ambulatorium szpitala garnizonowego do specjalisty chorób wewnętrznych; w skierowaniu należy opisać leczenie zastosowane w jednostce.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Należy, posługując się wszystkimi dostępnymi metodami rozpoznawczymi, wyłaczyć możliwości schorzenia organicznego. Należy zwrócić uwagę na następujące objawy: słabe szmery skurczowe nad wierzchołkiem serca, zaakcentowanie II tonu nad ujściem tętnicy płucnej, opór uderzenia koniuszkowego, powiększenie wymiarów serca w jakimkolwiek kierunku; wskazane jest systematyczne mierzenie ciepłoty co 2 — 3 godziny w ciągu 5 dni. (Mierzyć ciepłotę powinna siostra, nie odchodząc od chorego). Niemiarowości oddechowe nie mają żadnego znaczenia. Przy skurczach dodatkowych należy wyjaśnić ich charakter. Ustępowanie skurczów dodatkowych po zastosowaniu podskórnym 0,5 — 1,0 roztworu siarczanu atropiny 1:1000 przemawia za ich charakterem czynnościowym. Niekiedy daje pozytywne wskazówki odczyn Biernackiego; przyspieszenie odczynu wskazuje na proces organiczny najczęściej o etiologii gośćcowej. Wszelkiego rodzaju próby czynnościowe, polegające na zmianie rytmu serca, są wpływem obciążenia (biegi, przysiady), nie mają znaczenia w różnicowaniu schorzeń organicznych i czynnościowych.

Jeżeli leczenie szpitalne pozostaje bez wyniku, wypadki uporczywe, ciężkie lub niejasne kieruje się do

szpitali okręgowych. W wypadkach lekkich — najwłaściwsze jest wyznaczanie na stanowiska nieliniowe, nie związane z ciężką pracą fizyczną. Udzielanie krótkotrwałych urlopów jest niecelowe. Wypadki szczególnie ciężkie należy kierować na komisję lekarską, w celu udzielenia długoterminowego urlopu (3 — 6 miesięcy) z następowym badaniem komisyjnym w szpitalu.

13. Zastawkowe organiczne schorzenia serca.

Izba chorych. Wszyscy chorzy z wadami zastawkowymi powinni być pod stałą obserwacją lekarza jednostki, gdyż w porę podane lekkie środki nasercowe w połączeniu z czasowym zwolnieniem od zajęć liniowych i pracy fizycznej mogą zapobiec rozwojowi ciężkiej niedomogi krążenia; należy też pamiętać o możliwości ponownego wybuchu zapalenia wsierdza, które wymaga niezwłocznego leczenia szpitalnego. Choć wady zastawkowe, tj. zmiany anatomiczne zastawek po przebytych zapaleniu wsierdza zdarzają się nierzadko, jednak rozpoznanie takie należy stawiać ostrożnie, mając na uwadze możliwość trwania czynnego procesu zapalnego we wsierdzu. Przy najlżejszym podejrzeniu na obecność zapalenia wsierdza, należy zwrócić uwagę na wszystkie towarzyszące objawy i, w razie ich wykrycia, chorych niezwłocznie umieścić w szpitalu.

Chorych z wadami serca nie można traktować jako pełnowartościowych żołnierzy. Wprawdzie chorzy z niedomykalnością zastawki dwudzielnej nierzadko dobrze znoszą pracę fizyczną i nawet służbę liniową w wa-

riunkach bojowych, ale wszystkie pozostałe wady powinny być dostatecznym uzasadnieniem do zwolnienia ze służby wojskowej tak szeregowców, jak i podoficerów. Chorych takich należy kierować na komisję lekarską. Chorych z objawami niedomogi krążenia nawet lekkiego stopnia nie należy zatrzymywać w izbie chorych, lecz skierować na leczenie do szpitala garnizonowego. Oficerów należy traktować indywidualnie.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Należy ustalić ściśle rozpoznanie i umiejscowienie wady zastawkowej, posługując się do tego celu wszystkimi dostępnymi metodami rozpoznawczymi. Poza tym należy z pewnością wyłączyć zapalenie wsierdZIA. Pamiętać trzeba, że najczęstsza postać zapalenia wsierdZIA pochodzenia gośćcowego ma przebieg falisty, a objawy tego schorzenia w czasie nawrotów bywają bardzo nietypowe. Przy podejrzeniu na gośćcowe zapalenie wsierdZIA należy zebrać jak najwięcej objawów ubocznych, przeprowadzając szereg badań. Jako obowiązkowe badania, należy wykonać: 1) stałe mierzenie ciepłoty co 3 — 4 godziny w przeciągu kilku dni; 2) częste badanie odczynu Biernackiego; 3) kilkakrotne badanie moczu; 4) systematyczne śledzenie zmian wymiarów serca oraz rodzaju akcentów i szmerów; 5) śledzić zmiany wielkości śledziona; 6) brać pod uwagę skargi chorego w związku z danymi badania przedmiotowego.

Nieznaczne podwyższenie ciepłoty w 20 — 30 min. po wysiłku lub wahania dobowe powyżej 0,5°, jako też przyspieszenie odczynu Biernackiego uważać należy za objawy dodatnie, potwierdzające rozpoznanie zapalenia wsierdZIA. Przy badaniu moczu należy zwracać

uwagę nie tylko na wyniki badania chemicznego, lecz w większym jeszcze stopniu na badanie mikroskopowe: nieznaczny krwimocz często występuje w wypadkach zapalenia wsierdza. Z reguły należy codziennie badać: śledzionę przy głębokim wdechu, zarówno w położeniu na plecach, jak i na prawym boku. Niekiedy daje się ją wyczuć dopiero na 3 — 4 dzień, gdy chory nauczy się prawidłowo oddychać. Zmiany w nasileniu szmeru lub jego rodzaju, przyłączanie się innych szmerów, a także okresowe pojawianie się i znikanie różnych akcentów przemawia za nieukształtowaną jeszcze wadą, a więc trwającym jeszcze zapaleniem wsierdza. To samo da się powiedzieć o wymiarach serca. Skargi chorego na klucia w okolicy serca, nieprzyjemne uczucie, zamieranie serca itp. przy obecności zmian zastawkowych także przemawia za trwającym jeszcze stanem zapalnym. Należy pamiętać, że każdy objaw z oddzielną nie ma znaczenia, decyduje tu zespół objawów i to tylko wtedy, gdy wyłącza się inne schorzenia, które są ich przyczyną.

Szeregowców i podoficerów chorych na zapalenie wsierdza należy kierować na komisję lekarską, w celu zwolnienia ze służby wojskowej.

Oficerów należy traktować indywidualnie, biorąc pod uwagę możliwości wykorzystania w służbie wojskowej na stanowiskach nielinowych, jako specjalistów.

Leczenie zapaleń wsierdza, zależnie od etiologii, przeprowadza się w myśl ogólnie przyjętych metod.

14. Organiczne schorzenia mięśnia sercowego.

Izba chorych. Rozlane schorzenia mięśnia sercowego o charakterze zwyrodnieniowym, tak często spotykane po szeregu chorób zakaźnych, nie podlegają leczeniu szpitalnemu, z wyjątkiem ciężkich postaci wykazujących objawy niedomogi krążenia. Chorych tej grupy należy kierować na komisję lekarską celem udzielenia urlopu. Zmiany w mięśniu sercowym są odwracalne i w olbrzymiej większości przypadków, po pewnym czasie stan mięśnia sercowego wraca do normy. Dlatego też chorych tych można zwalniać ze służby wojskowej tylko w tych wypadkach, gdy zmiany utrzymują się przez dłuższy czas (6 — 8 miesięcy).

Inaczej należy traktować chorych, u których zmiany w mięśniu sercowym są wynikiem przewlekłych, długotrwałych infekcji i endo — lub egzogennych zatruć. Tę grupę chorych należy kierować do szpitali garnizonowych celem określenia zdolności do służby wojskowej. Wypadki rozlanego zwyrodnienia mięśnia sercowego z objawami niedomogi krążenia, niezależnie od etiologii, podlegają leczeniu w szpitalach garnizonowym i okręgowym.

Ogniskowe zmiany w mięśniu sercowym mogą być pochodzenia zapalnego (rzeczywiste zapalenie mięśnia sercowego), albo też kardiosklerotycznego. Przejawiają się one w postaci różnego rodzaju arytmii, a także najróżnorodniejszych skarg podmiotowych; dokładne rozpoznanie jest możliwe tylko w szpitalu.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Najważniejszym kryterium przy rozstrzyganiu o zdolności do służby

wojskowej we wszystkich przypadkach już zakończonego organicznego schorzenia mięśnia sercowego jest stan czynnościowy serca, inaczej mówiąc, wydolność krążenia.

Wypadki z uporczywą niewydolnością, nawet wyrażoną w niewielkim stopniu, podlegają zwolnieniu z wojska.

Przy leczeniu rozlanych zwyrodnień mięśnia sercowego najlepsze wyniki dają lekkie środki nasercowe typu miłka wiosennego (*Adonis vernalis*) w połączeniu z koraminą przy odpowiedniej diecie i spokoju. Wskazane są także wlewania dożylnie roztworów cukru gronowego.

W wypadkach ogniskowych zmian w mięśniu sercowym, należy szczególnie ostrożnie stosować preparaty naparstnicowe.

15. Nadciśnienie.

Izba chorych. Schorzenie to w ostatnich latach, zwłaszcza podczas wojny, spotyka się coraz częściej i to nawet u osobników młodych. We wszystkich podejrzanych wypadkach należy obowiązkowo przeprowadzać mierzenia ciśnienia tętniczego, posługując się najlepiej prostą metodą akustyczną Korotkowa. Jako ciśnienie minimalne należy uważać nie zanik słyszanych tonów, ale przejście z głośnych tonów do cichych, gdyż te niekiedy wysłuchuje się nawet przy spadku manometra do 0. Ogólnie przyjęto za górną granicę normy dla wieku 20 — 25 lat — 130 mm rtęci ciśnienia maksymalnego a 70 mm ciśnienia minimalnego; jednak wypadki, gdy ciśnienie maksymalne stale trzyma się na wysokości

130 mm lub minimalne choć cokolwiek przekracza 70 mm, należy traktować jako początkowe postacie nadciśnienia.

Przy stwierdzeniu nieznacznego nadciśnienia, przy braku skarg lub nieznaczących dolegliwościach, należy takiego chorego wziąć pod obserwację; od czasu do czasu mierzyć ciśnienie krwi, przepisać przetwory bromu z lekami uspokajającymi pobudliwość ośrodka naczyniowo-ruchowego i zwolnić od wyczerpujących fizycznie ćwiczeń (długotrwałe biegi, zawody sportowe itp.) oraz wykonać analizę moczu (pierwotnie przewlekłe zapalenie nerek). W wypadkach przewlekłego zapalenia nerek lub uporczywego nadciśnienia powyżej 135 mm max. lub 80 mm min., należy chorych celem badania kierować do szpitala garnizonowego.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Wszyscy chorzy z nadciśnieniem, niezależnie od jego stopnia, powinni leżeć w łóżku. Należy mierzyć ciśnienie 2 — 3 razy dziennie w różnych okresach dnia: rano na czczo, po obiedzie i wieczorem przed snem.

Zmienność ciśnienia przemawia za nadciśnieniem samoistnym, niezależnym od choroby nerek. We wszystkich przypadkach nadciśnienia należy wyleczyć przewlekłe zapalenie nerek; w wypadkach ze stałym wzmożonym ciśnieniem należy przeprowadzić czynnościowe próby nerek na rozcieńczenie, a zwłaszcza zagęszczenie.

W wypadkach uporczywego nadciśnienia około 150 mm max. i 85 — 90 mm min. nawet przy dobrej zdolności koncentracyjnej nerek, szeregowców i podo-

ficerów należy kierować na komisję lekarską, celem zwolnienia ze służby wojskowej.

Oficerów, niezależnie od stopnia nadciśnienia, należy traktować indywidualnie.

16. Dławica piersiowa (angina pectoris).

Rozpoznanie to najczęściej opiera się na danych z wywiadów; objawy przedmiotowe, bardzo istotne dla rozpoznania, spostrzegać można tylko w czasie samego napadu. Do nich należy: bladość chorego, przestraszony wyraz twarzy i oczu, ograniczenie ruchów, tendencja do zachowania spokoju, tętno częste, małe lub na odwrót rzadkie i twarde, przed końcem napadu puste odbijania, po napadzie obfite oddanie moczu. Jeżeli lekarz w jednostce spostrzegał w czasie napadu którykolwiek z podanych objawów, należy to odnotować w książce izby chorych. Z wyciągiem z książki izby chorych chory udaje się do szpitala. W okresie międzynapadowym mogą nie występować żadne objawy i lekarz szpitala opiera się tylko na danych obserwacji w jednostce.

W razie napadu należy podać jak najwcześniej 2—3 krople 1% roztworu alkoholowego nitrogliceryny na język lub rozniecioną ampułkę amylnitrytu w chusteczce do wdychania. W razie braku powyższych środków — należy zastrzykiwać morfinę lub pantopon. Chorego trzeba położyć, w nogi dać termofor. Po zakończeniu napadu — chorego należy skierować do szpitala w pozycji leżącej, na noszach (!) pod opieką instruktora sanitarnego.

W wypadkach, gdy napad nie ustępuje nawet po podaniu nitrogliceryny i trwa dłużej niż $1/2$ godziny, należy przypuszczać obechość zawału. W tych wypadkach przewozić chorego należy z największą ostrożnością, zapewniając mu bezwzględny spokój i wygodę, na drogę należy wstrzyknąć 1,5 — 2,0 — 1% roztworu morfiny.

Szpital garnizonowy i okręgowy. W razie pewnego rozpoznania dławicy piersiowej, niezależnie od czasu trwania, szeregowi podlegają wszechstronnemu zbadaniu i leczeniu szpitalnemu, a następnie są skierowani na komisję lekarską celem zwolnienia ze służby wojskowej.

Jeżeli napad trwa kilka godzin, wykazując tylko nieznaczne nasilenie bólów, mamy niewątpliwie do czynienia z zawałem mięśnia sercowego. W razie braku elektrokardiografu — rozpoznanie opiera się na następujących objawach: bóle zamostkowe o typowym promieniowaniu, wzmagające się przy najlżejszym ruchu i przy wzruszeniach, stany podgorączkowe, rozszerzenie serca (częściej w lewo), osłabienie 1 tonu nad koniuszkiem, czasem szmer tarcia osierdzia; dość często następują niemiarnowości, obniżenie ciśnienia krwi, zwłaszcza maksymalnego oraz objawy zastoinowe w płucach i w wątrobie.

Badania laboratoryjne wykazują nieznaczną leukocytozę (9 — 11.000) obojętnochłonną z przesunięciem w lewo, przyspieszony odczyn Biernackiego, rentgenologiczne powiększenie wymiarów poprzecznych serca oraz leniwą pulsację.

W wypadkach zawału mięśnia sercowego chory powinien pozostawać w łóżku przy absolutnym spokoju

(żadnych ruchów) nie mniej niż 6 tygodni i to pod warunkiem zupełnego braku objawów bólowych. Chory może opuścić łóżko wtedy, gdy skład krwi, OB, ciśnienie krwi i tętno wrócą do normy, a wszelkie objawy zastoinowe znikną.

Szeregowi podlegają zwolnieniu ze służby wojskowej. Oficerów należy traktować indywidualnie. Chorych należy kierować na komisję lekarską nie wcześniej, niż po 8 — 10 tygodniach od początku napadu.

17. Dychawica sercowa (asthma cardiale)

Izba chorych. Schorzenia te występują w postaci okresowych napadów duszności, zwłaszcza w nocy, na przemian z okresami dobrego samopoczucia. O ile w czasie napadu spostrzega się szereg objawów przedmiotowych, charakterystycznych dla dychawicy sercowej, to w okresie międzynapadowym często nie można wykryć żadnych objawów niedomogi lewej komory.

Podobnie jak przy dławicy piersiowej, przy skierowaniu do szpitala należy w wyciągu z książki izby chorych szczegółowo opisać wszystkie spostrzeżone przez lekarza jednostki objawy przedmiotowe.

Leczenie napadu: dożylnie strofantyna, podskórnie — digalen, zastrzyki oleju kamforowego i kofeiny. Jeżeli nie ma strofantyny, można ją zastąpić zastrzykiem 5,0 — 10,0 — 5% wyjałowionego roztworu cukru grobowego z dodatkiem 1 — 2 kropel Trae Strophanti (wyjaławiać mieszanki nie trzeba).

Przewozić do szpitala w pozycji leżącej pod opieką instruktora sanitarnego.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Po minięciu napadu, należy ustalić jego przyczynę. Najczęściej dychawica sercowa jest wynikiem nadciśnienia samoistnego lub nerkowego, kardiosklerozy, stwardnienia tętnicy głównej, rzadziej skutkiem różnorodnych zatruc.

Leczenie napadu — patrz wyżej. W okresie między-napadowym — należy dawać środki nasercowe w połączeniu z przetworami theobrominy, kamfory i kofeiny; zaleca się pozostawanie w łóżku oraz ograniczenie płynów. Przy niedomodze nerkowej — krwiopust 300,0—400,0, z następowym wlewaniem dożylnym 400,0 — 500,0 — 5% roztworu cukru gronowego.

Rozdział IV.

SCHORZENIA NARZĄDU MOCZOWEGO.

18. Ostre kłębuszkowe zapalenie nerek.

Przy rozpoznaniu i leczeniu tego schorzenia zdarzają się liczne błędy, prowadzące często do niepożądanych powikłań i obostrzeń mijającego już schorzenia; przeto ścisłe wykonanie podanych wskazówek jest bardzo ważne.

Ostre kłębuszkowe zapalenie nerek nie jest schorzeniem samoistnym, lecz tzw. „drugą chorobą“, rozwijającą się po całym szeregu chorób zakaźnych (płonica, angina, róża, grypa i inne). Olbrzymie znaczenie ma ochłodzenie ustroju. Jednocześnie ze zmianami w nerkach rozwijają się zmiany w naczyniach włoskowatych i tętniczkach całego ustroju, prowadzące do wzmożenia ciśnienia tętniczego, przerostu lewej komory, ogólnych obrzęków i często niedomogi krążenia typu lewostronnego.

W początkach choroby spostrzega się podwyższenie ciepłoty i skargi na bóle głowy, ogólne rozbiecie, ciężar i ciągnące bóle w okolicy nerek. Jednocześnie zmniejsza się ilość dobowy moczu; mocz stężony z domiesz-

ką krwi, białka, wałeczków i wzmożeniem ilości krwinek białych; ogólne obrzęki. Tętno napięte, poprzeczny wymiar serca powiększony kosztem lewej komory, w płucach objawy nieżyty oskrzeli.

Każde ostre schorzenie z wyżej wymienionymi objawami powinno wzbudzić podejrzenie na ostre zapalenie nerek. Obowiązkowo należy wykonać badanie moczu na obecność białka.

Wystarczy próba zagotowania moczu w metalowej łyżce z dodaniem 1 kropli octu. Zmętnienie wskazuje na obecność białka. Przy ustaleniu rozpoznania ostrego zapalenia nerek chorego należy niezwłocznie skierować do szpitala w pozycji leżącej pod opieką instruktora sanitarnego i **ciepło okryć**.

Przy zaburzeniach krążenia — należy wstrzyknąć olej kamforowy.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Lekarz dyżurny powinien chorego natychmiast zbadać i w razie potwierdzenia rozpoznania bezpośrednio skierowywać do dobrze ogrzanej, suchej sali szpitalnej oraz zaopatrzyć w ciepłą kołdrę. Opracowanie sanitarne należy przeprowadzać ostrożnie na sali.

Wytyczne leczenie: łóżko, bezwzględny spokój, dobrze ogrzana sala, ścisła dieta i środki nasercowe.

Należy w każdym przypadku przepisywać łagodnie działające środki nasercowe: Inf. h. Adonis vern. c 8,0 — 200,0 — 3 x łyżkę stołową lub Adonillen 25 — 30 kropeł — 3 x dziennie.

Małe dawki naparstnicy (Pulv. i. Digitalis 3 x 0,05).

Wszelki środki moczopędne są przeciwwskazane, zwłaszcza pochodzenia rtęciowego — salyrgan, nercozal.

neptal, dehydrit. Środki nasercowe należy dawać, jeżeli nie ma ku temu przeciwwskazań, do zupełnego zniknięcia obrzęków: codziennie, a lepiej 2 razy dziennie należy mierzyć ciśnienie krwi. Szybki spadek ciśnienia w kilka dni od początku schorzenia daje pomyślne rokowania.

Pierwsze 1 — 2 dni najlepiej nie dawać zupełnie płynów, albo ograniczać się do 1/2 szklanki wody oczyszczonej na dobę, drobnymi łykami. Pragnienie można gasić przez płukanie ust. Następnym dni należy ograniczyć podawanie płynów do 2 szklanek dziennie.

Odżywianie w ciągu pierwszych dwóch dni ogranicza się do 50,0 — 100,0 cukru lub glukozy i 2 — 4 dawek witaminy „C”. W ciągu następnych 7 — 10 dni należy stopniowo dawać jarzyny, owoce, biały chleb, masło śmietankowe (niesolone), kisiele, kompoty. Stale należy podawać witaminę „C”.

Podawanie soli kuchennej należy ograniczyć do 5,0 — 6,0 na dobę. W wypadku uporczywych obrzęków — należy przepisywać 10% roztwór chlorku wapnia doustnie 6 x po łyżce stołowej. Wzmoczenie diurezy często osiąga się przez diatermię na okolicę nerek (2 elektrody na okolicę lędźwiową, 1 na brzuch, 1 — 1/2 Amp. 40).

Można zezwolić na opuszczenie łóżka dopiero w kilka dni po obniżeniu ciśnienia krwi do normy, ustaniu krwimoczu (krwinkomocz nie jest przeciwwskazaniem do opuszczenia łóżka) i po zupełnym zniknięciu obrzęków.

Ślady białka i pojedyncze krwinki w moczu w 2 — 3 miesiące od początku choroby, a nawet później, nie są jeszcze dostatecznym dowodem przejścia choroby

w stan przewlekły. Ślady białka nie powinny być także przyczyną przetrzymywania chorego w szpitalu.

Przy objawach mocznicy rzucawkowej — należy wykonać nakłucie łądźwiowe, krwiopust 400,0 — 600,0 z następowym wlewaniem 30,0—50,0 30%—40% roztworu cukru gronowego. Dla uspokojenia drgawek należy podać wodan chloralu:

Rp. Chlorali hydrati 1,0
Mucillago Gummi Arabici 10,0
Aq. destill. 100,0
S. Na lewatywę leczniczą.

Rp. Chlorali hydrati 1,0
S. Wewnętrznie.

W zależności od wskazań — środki nasercowe.

Po przebyciu ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek — należy udzielać 3 — 6 miesięcznego urlopu. Jeśli w czasie badania przez komisję lekarską są jeszcze zmiany w moczu, należy zaznaczyć, że chory przed powrotem do jednostki powinien być powtórnie zbadany.

Przy wypisywaniu ze szpitala należy zwrócić szczególną uwagę na stan umundurowania chorych (obawa przed przeziębieniem w podróży).

19. Przewlekłe rozlane kłębuszkowe zapalenie nerek.

Schorzenie to jest najczęściej skutkiem przejścia zwykłego ostrego zapalenia nerek w stan przewlekły; rzadziej zdarzają się postaci o niespostrzeżonym w początku i powolnym przebiegu — pierwotnie przewlekłe formy.

Obrzęków zazwyczaj nie ma, a schorzenie wykrywa się przypadkowo, przy badaniu moczu u chorych z nadciśnieniem lub z przerostem lewej komory. Zmiany w moczu są nieznaczne: ślady lub niewielka ilość białka, niewiele wałeczków, nieco krwinek. Szeregowych z zespołem nadciśnienia, przerostem lewej komory i białkomoczem, choćby nie mieli żadnych dolegliwości — należy kierować do szpitala z przypadkowym rozpoznaniem: przewlekłe rozlane zapalenie nerek. Skargi tych chorych najczęściej są nietypowe, wskazujące raczej na zaburzenia układu krążenia. Wszyscy chorzy z nadciśnieniem, zwłaszcza młodzi, powinni być już w jednostce zbadani ambulatoryjnie, w celu wyłączenia lub ustalenia przewlekłego zapalenia nerek.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Należy przeprowadzić kliniczne i laboratoryjne badanie w celu potwierdzenia rozpoznania. Co najmniej dwukrotnie należy przeprowadzić czynnościową próbę nerek (np. obciążenie wodne i próbę koncentracyjną).

Leczenie: w zależności od wydolności czynnościowej nerek — większe lub mniejsze ograniczenie białka zwierzęcego i chlorku sodu; ograniczenie płynów jest niewskazane. Środki nasercowe są pożyteczne; przy wyraźnych objawach niewydolności krążenia podawanie ich jest obowiązkowe. Środków moczopędnych podawać nie należy.

Przy mocznicy azotemicznej (istotnej) — krwiopust 500,0 — 600,0 z następowym wlewaniem dożylnym 750,0—1000,0 3¹/₂% roztworu cukru gronowego. Środki nasercowe, ciepłe kąpiele (ostrożnie (!) unikać pocenia): w razie zaparcia — lewatywy w celu osiągnięcia co-

dziennego wypróżnienia: przy uporczywych wymiotach pomagają codzienne przepłukiwania żołądka.

Szeregowych z wyraźnymi objawami przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek, nawet przy dobrym wyniku prób czynnościowych, należy kierować na komisję lekarską w celu zwolnienia ze służby wojskowej: zaostrzenie nastąpić może nie tylko pod wpływem rozmaitych infekcji, lecz także wskutek ochłodzenia ustroju i pracy fizycznej, nieuniknionej w wojsku. Oficerów traktować indywidualnie.

20. Ostre i przewlekłe mieszane zapalenie nerek.

Schorzenie to zdarza się stosunkowo rzadko, jednak w sprawozdaniach szpitalnych bywa często wymieniane. Należy pamiętać, że o ile przewlekłe zapalenie nerek przebiega najczęściej bez obrzęków i z nadciśnieniem, to ostre kłębuszkowe zapalenie nerek, połączone z obrzękami, wykazuje często tylko krótkotrwałe wzmożenie ciśnienia. Otóż większość rozpoznanych w szpitalach mieszanych zapaleń nerek, to poprostu przypadki ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek, gdzie nie udało się uchwycić podnoszenia się ciśnienia. Z drugiej strony, przy obostrzeniach przewlekłego zapalenia nerek mogą występować obrzęki, co także daje powód do zupełnie nieuzasadnionego rozpoznania „nephroso-nephritis”.

Skutkiem tej niewłaściwej terminologii, to tak rzadkie schorzenie wysuwa się na pierwszy plan wśród schorzeń nerkowych, co oczywiście nie odpowiada rzeczywistości.

Nerczyca nie jest tylko izolowanym schorzeniem nerek: u jej podstaw leży zaburzenie gospodarki solno-rodnej i cholesterynowej w całym ustroju, a także odrocenie stosunku globulinów i albuminów w osoczu krwi (hipoproteinaemia); prócz tego występuje wybitne wyrodnienie i złuszczenie nabłonków kanalików nerkowych. Kliniczne objawy choroby: duże obrzęki, skąpe ilości dobowe moczu o wysokim ciężarze właściwym, w moczu duże ilości białka i różnych wałeczków, lecz brak krwinek. Ciśnienie krwi niewzmożone, zdolność koncentracyjna nerek zachowana, przerostu serca nie stwierdza się. Skreślony obraz kliniczny odpowiada tłuszczowej przewlekłej nerczycy lipoidowej. Druga postać przewlekłej nerczycy, skrobiawicza nerek, prowadzi do marskości nerek ze wszystkimi jej charakterystycznymi właściwościami: po wzmożeniu ciśnienia, obniżenie zdolności koncentracyjnej nerek, a poza tym jeszcze obrzęki. Tylko te wypadki stanowią właściwe mieszane zapalenie nerek. Nieco częściej występują wypadki mieszane nerczycy lipoidowo-skrobiawiczej, które też mogą być zaliczone do tej grupy; w sumie jest ich jednak niedużo. Ostrego mieszanego zapalenia nerek, jako schorzenia samoistnego, nie spostrzega się prawie wcale; objawy tego schorzenia towarzyszą prawie zawsze infekcjom porażającym jednocześnie nerki.

Izba chorych. Nie należy w ogóle stawiać rozpoznania mieszanego zapalenia nerek w zależności od obrazu klinicznego, a mówić o ostrym lub przewlekłym zapaleniu kłębuszkowym. Wszyscy chorzy podlegają skierowaniu do szpitala.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Należy dążyć do udowodnienia rozpoznania, posługując się wszystkimi dostępnymi metodami rozpoznawczymi; gdy tego zrobić nie można, traktować należy dany przypadek, jako obostrzenie przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek (zwłaszcza przy obecności obrzęków). Leczenie nie odbiega od wskazanego dla przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek.

Szeregowi podlegają zwolnieniu z wojska; oficerów należy traktować indywidualnie.

21. Ogniskowe zapalenie nerek.

Izba chorych. Nie należy stawiać tego rozpoznania; chorych kierować do szpitala z rozpoznaniem: zapalenie nerek ostre lub przewlekłe.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Choć schorzenie to jest dość częste, należy je rozpoznawać oględnie. Ogniskowe zapalenie nerek jest powikłaniem wielu chorób zakaźnych i powstaje wtedy, gdy zarazki chorobotwórcze z prądem krwi przedostają się do poszczególnych kłębuszków, osiadają tam i wywołują stan zapalny. Przy rozpoznawaniu należy kierować się następującymi danymi: brak obrzęków, nadciśnienia i rozszerzenia lewej komory, w moczu nieznaczne ilości lub ślady białka, dużo krwinek czerwonych (czasem nawet krwimocz), wałeczki spotyka się bardzo rzadko, ilość krwinek białych w moczu wzmożona, wydolność czynnościowa nieupośledzona. Często spotyka się długotrwałe stany podgorączkowe i przyśpieszony odczyn Biernackiego. Leczenie: należy szukać źródła zatoru

(przewlekłe zapalenie migdałków, czyraczność, zmiany w zębach itp.) oraz leczyć chorobę zasadniczą. Ograniczenia dietetyczne są zbędne; poza tym leczenie objawowe. Po wyleczeniu należy udzielić krótkotrwałego urlopu z następowym badaniem szpitalnym dla uniknięcia omyłek rozpoznawczych (możliwość ostrego rozlanego kłębuszkowego zapalenia nerek o lekkim przebiegu).

22. Zapalenie miedniczek i pęcherza.

Izba chorych. Przypadki ostrych zapaleń miedniczek i pęcherza należy kierować do szpitala celem leczenia; lekkie obostwienie stanów przewlekłych należy czasowo zatrzymywać w izbie chorych. Chorzy powinni pozostać w łóżku, na okolicę nerek i pęcherza należy zastosować ciepło. Podawać dużo płynów; z leków zaleca się:

Rp. Urotropini
Saloli aa 0,5
3 × pr.

albo

Rp. Inf. F. Uvae
e 12,0 — 15,0 — 200,0
4—5 × dziennie po łyżce stołowej.

Jeżeli w ciągu 6—7 dni leczenie pozostaje bez skutku, chorego należy skierować do szpitala.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Przy ustaleniu rozpoznania „zapalenie miedniczek” — należy uważnie zbadać nerki, by nie przeoczyć często towarzyszącego kłębuszkowego zapalenia nerek. Lekkie przypadki należy leczyć według podanych wyżej zasad. W wypad-

kach przewlekłych często daje dobre wyniki metoda Meerbetza zmiany odczynu moczu. W przeciągu 3 dni podaje się dietę mięsną, kasze, ogranicza się ilość płynów, przepisuje się:

Rp. Sol. ac. phosphorici 2% — 150,0
S. 3 × dziennie po łyżce stołowej
oraz

Rp. Sol. urotropini 40%
Steril: 5,0 — 10,0 dożylnie.

W następne 3 dni należy stosować dietę mleczno-roślinną, możliwie dużo płynów, mleko, przetwory mleczne, ziemniaki, jarzyny, poza tym po 20,0 dwuwęglanu sodu dziennie.

Po 6 — 8 dniach cykl można powtórzyć.

Wypisać ze szpitala można po przekonaniu się o zakończeniu procesu chorobowego; należy udzielić krótkotrwałego urlopu lub przynajmniej zwolnienia od ćwiczeń na 2 — 3 tygodnie (w zależności od pory roku). Szeregowym z przewlekłym zapaleniem miedniczek często trzeba udzielić dłuższego urlopu lub zwolnić ze służby wojskowej. Oficerów należy traktować indywidualnie; pożądane jest przeznaczenie ich do odpowiedniej pracy.

23. Kolka nerkowa.

Izba chorych. Niezwłocznie zastrzyknąć 2,0 — 1% roztworu morfiny lub 2,0 — 2% roztworu pantoponu; ułożyć w łóżku, gorący termofor na nerki od strony brzucha i pleców, pożądana gorąca kąpiel. Po minięciu napadu, szeregowych należy kierować do szpitala; ofi-

cerowie z powtórными napadami, którzy chorują dawno i przechodzili już przez komisję lekarską, otrzymują zwolnienie na kilka dni i udają się do domu. Wszystkich pozostałych kieruje się do szpitala.

Szpital garnizonowy i okręgowy. We wszystkich przypadkach stwierdzonej kolki nerkowej należy wykonać zdjęcie rentgenowskie nerki i moczowodu. W razie wykrycia kamicy nerkowej, szeregowi podlegają zwolnieniu z wojska, nawet w wypadkach, gdy kamień nie daje żadnych objawów chorobowych. Oficerowie w większości są zdolni do służby wojskowej pod warunkiem skierowania do odpowiedniej pracy.

Przypadki kamicy nerkowej powikłanej zapaleniem miedniczek lub pęcherza podlegają leczeniu szpitalnemu.

W dalszym przebiegu szeregowi zostają zwolnieni z wojska; oficerów traktuje się indywidualnie.

Rozdział V.

SCHORZENIA PRZEWODU POKARMOWEGO

24. Ostry nieżyt żołądka.

Izba chorych. Schorzenie to podlega leczeniu w izbie chorych. Tylko ciężkie przypadki należy kierować do szpitala. Lekarz jednostki powinien już przy organizowaniu izby chorych w porozumieniu z dowództwem i kwatermistrzostwem pułku zapewnić możliwość przeprowadzenia najprostszego leczenia dietetycznego.

Leczenie sprowadza się do maksymalnego oszczędzania chorego narządu — do głodówki. Pragnienie gasi się przez płukanie ust. W wypadkach przebiegających bez wymiotów — można podawać słabą, lekko osłodzoną herbatę o temperaturze pokojowej. Płukanie żołądka ciepłym 2% roztworem sody dobrze uspokaja wymioty. Karmienie należy rozpoczynać ostrożnie lekko słodzoną herbatą, następnie dawać mleko, rzadkie zupy, kisiele, purée z kartofli, jaja na miękko, białe sucharki, stopniowo przechodząc do pokarmów zwykłych.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Zasady leczenia są te same, co w izbie chorych. Ponieważ skupiają się tu cięższe przypadki, z drugiej zaś strony istnieją większe możliwości lecznicze, można szerzej stosować leczenie

dietetyczne: do wprowadzania płynów posługujemy się kroplówką z roztworu cukru gronowego lub roztworu fizjologicznego; można te roztwory wprowadzać także dożylnie.

Wypisywać do jednostki należy po 2 — 3 dniach zwykłej ciepłoty; po wypisaniu krótkotrwałe zwolnienie z ćwiczeń.

25. Przewlekły nieżyt żołądka.

Izba chorych. Schorzenie to nie stanowi przeszkody do pełnienia służby wojskowej i nie może być powodem do leczenia w izbie chorych, a tym bardziej do zwolnienia od zajęć. W izbie chorych powinny być leczone tylko przypadki wyraźnych obostrzeń, a także ci chorzy, u których stwierdza się postępujący upadek odżywienia. W izbie chorych należy stworzyć możliwie odpowiednie warunki dietetyczne (mleko, biały chleb, rzadkie kasze, masło śmietankowe zamiast słoniny, purée z kartofli, kisiele); na brzuch okładę rozgrzewającą na noc, w ciągu dnia termofor 2 — 3 razy na okolicę żołądka; pożywienie należy podawać małymi porcjami w stanie ciepłym, lecz nie gorącym.

Konieczne jest zbadanie soku żołądkowego, które należy przeprowadzić ambulatoryjnie w szpitalu. Leczenie farmakologiczne przepisuje się w zależności od wyników badania soku żołądkowego.

We wszystkich postaciach obostrzeń przewlekłego nieżytu żołądka dobre wyniki daje przepłukiwanie żołądka 2% ciepłym (38° — 40°) roztworem sody. W przypadkach bezkwasu i niedokwaśności przepisuje się roz-

cieńczony kwas solny po 15 kropel na $\frac{1}{2}$ szklanki wody, który należy popijać łykami w czasie jedzenia; przy nadkwaśności podaje się alkalia:

Rp. Magnesiae ustae 1,0 — 2,0
Extr. Belladonnae 0,025
Mfp. D. 3 × dziennie proszek
albo

Rp. Sol. Atropini sulfurici 1:1000
5—10 kropel 3 × dziennie

Po minięciu obostrzenia chorych kieruje się do oddziałów; należy jednak stale ich obserwować.

Postacie z nadkwaśnością, uporczywe i podejrzone na chorobę wrzodową należy kierować na badanie do szpitala garnizonowego.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Należy wyłączyć możliwość wrzodu żołądka; w tym celu należy przeprowadzić następujące badanie: 1. kilkakrotne badanie kału na utajone krwawienie, 2. dwukrotne badanie soku żołądkowego, pobranego miękkim zgłębnikiem, 3. rentgenoskopia żołądka. Po wyłączeniu choroby wrzodowej i wyleczeniu obostrzenia — wypisać do jednostki.

26. Wrzód żołądka i dwunastnicy.

W większości wypadków wrzód żołądka ma przebieg przewlekły z okresowymi całkowitymi lub częściowymi remisjami, co stwarza falisty przebieg choroby. Obostrzenia najczęściej występują jesienią, zimą i na wiosnę; latem są rzadsze. W niektórych przypadkach wrzód może bezwzględnie ulec zbliźnowaceniu i nie dawać rentgenologicznie ani klinicznie żadnych

objawów w ciągu całego późniejszego życia chorego. Najczęściej choroba przebiega w ten sposób, że po okresach z niewątpliwie otwartym wrzodem następują okresy pomyślne, gdy dolegliwości są nieznaczne, a rentgen wykrywa tylko blizny w miejscu uprzedniego wrzodu lub też różne postacie perigastrytów. Przypadki, gdzie rentgenologicznie nie wykrywa się objawów wrzodu, lecz tylko zmiany bliznowate, klinicznie dające obraz wrzodu żołądka, zalicza się do grupy tzw. choroby wrzodowej. Objawy kliniczne mogą być podmiotowe (charakterystyczne bóle występujące w 1 — 2 godziny po jedzeniu, promieniujące w kierunku łopatki, zgaga, nasilenie tych objawów po spożyciu mięsa lub czarnego chleba, zaparcie, zmniejszenie się bólów po przyjęciu alkali lub spożyciu mlecznych pokarmów) lub także przedmiotowe (częste wzmożenie ilości wolnego kwasu solnego, zwłaszcza na czczo i bolesność uciskowa określonych punktów w okolicy żołądka).

Należy podkreślić, że schorzenia żołądkowe i jelitowe w ogóle, a wrzód żołądka w szczególności wymagają od lekarza nadzwyczajnej staranności i uwagi przy zbieraniu wywiadów, których analiza daje znacznie więcej danych do rozpoznania od najbardziej skomplikowanych badań laboratoryjnych: nie należy przeto myśleć, że różniczkowanie między nadkwaśnym nieżytem żołądka a wrzodem jest dostępne tylko dla lekarza w szpitalu. Poważny, myślący i wykształcony lekarz jednostki zazwyczaj sam może postawić prawidłowe rozpoznanie: badanie szpitalne tylko potwierdzi je na zasadzie skomplikowanych badań dodatkowych.

Wszystkich chorych z podejrzeniem na wrzód żołądka należy w miarę możliwości dokładnie przebadać ambulatoryjnie (posłać na zbadanie kał na krew utajoną, badanie soku żołądkowego, pobranego cienkim zgłębnikiem, rentgenoskopię żołądka) i dopiero po zebraniu wszystkich danych należy ich kierować do szpitali. Bez uprzednich badań należy kierować tylko przypadki o ciężkim i burzliwym przebiegu.

Wszystko to odnosi się w równej mierze do wrzodu dwunastnicy, zasadniczo nie różniącego się niczym poza umiejscowieniem od wrzodu żołądka.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Główne zadanie szpitala polega na wyłączeniu w wypadkach podejrzanych choroby wrzodowej. Bardzo trudne jest różniczkowanie w wypadkach tzw. antrum gastritis lub nieżytu przebiegającego z nadkwaśnością. Badanie należy rozpocząć od poszukiwania krwi utajonej w kale (odczyn Gregersena). Kał na badanie należy pobrać po 4 dniach specjalnej diety (wyłączenie zup mięsnych i rybnych, mięsa, ryb i zielonych jarzyn).

Jeżeli nie ma możliwości połykania krwi z jamy ustnej (krwawienie dziąseł) lub może gardzieli, to dodatni odczyn Gregersena w codziennych stolcach przemawia za obecnością krwawienia żołądkowo-jelitowego: w wypadkach wątpliwych należy odczyn ten po pewnym czasie powtórzyć. Po zbadaniu kału należy dokonać zgłębnikowania żołądka cienką sondą oraz zbadać sok żołądkowy. Normalny poziom kwasoty lub nawet obniżenie nie wyłącza choroby wrzodowej; wzmożona kwasota a zwłaszcza wzmożenie ilości wolnego kwasu solnego na czczo przemawia w razie obecności innych

objawów za rozpoznaniem wrzodu. Jeżeli zdobyte w ten sposób dane nie potwierdzają podejrzenia powyższego przy badaniu klinicznym, trzeba przeprowadzić badanie rentgenologiczne. Przy rozważaniu wszystkich danych należy mieć na uwadze olbrzymie znaczenie wywiadów i skarg chorego (patrz wyżej).

W przypadkach połączonych z krwawieniem chory powinien zachować bezwzględnie ścisłą dietę. Pierwsze 2 — 3 dni należy zastosować głodówkę z wlewaniem dożylnym lub drogą kroplówki dostatecznej ilości płynów i glukozy, następne 2 — 3 dni należy podawać surowe białka jajek z cukrem, dalej można przejść na surowe pełne jajka (żółtko oddzielnie utarte z cukrem). W dalszym przebiegu stosuje się dietę mieszaną typu Lippy — Jareckiego (śmietanka poczynając od 1 szklanki dziennie, następnie dodaje się po 1/2 szklanki do 3 — 4 szklanek dziennie, surowe jajka, poczynając od 4 do 6 — 8, cukier 50 — 150 g dziennie, poza tym po 125 g niesolonego masła śmietankowego). Jeśli brak śmietanki, można ją zastąpić przez mieszanie gorącego mleka z niesolonym masłem; należy tę mieszaninę dobrze wymieszać i pić w stanie lekko podgrzanym. Po 4 — 5 dniach dodaje się białe suchary lub jeszcze lepiej herbatniki, rzadką kaszkę manną, puree z kartofli — wszystko z dodaniem niesolonego masła śmietankowego; po dalszych 4 — 5 dniach tj. na 12—20 dzień od rozpoczęcia leczenia, jeżeli krwawienie ustąpiło, można przejść ostrożnie do pokarmów niedrażniących mechanicznie i fizjologicznie. Przez cały czas leczenia chory bezwzględnie pozostaje w łóżku: pokarmy należy podawać możliwie jak najczęściej, równomiernie

w przeciągu doby; jednocześnie należy 5 — 6 razy dziennie przyjmować po 0,5 tlenku magnezu (magnezji palonej). Należy dbać o zawartość witamin w posiłkach.

Przy burzliwie przebiegających obostrzeniach wrzodu bez krwawienia, zaleca się podobny sposób leczenia, lecz nieco skrócony i nie tak ścisłą dietę. Długotrwałe podawanie roztworu siarczanu atropiny doustnie (10 — 20 kropli roztworu 1 : 1000 dziennie), jeżeli nie wywołuje zjawisk ubocznych, daje często dobre wyniki, zwłaszcza w przypadkach połączonych z nadkwaśnością i napadowymi bólami. Codzienne wypróżnienie osiąga się najlepiej stosowaniem lewatyw. Szeregowi, u których stwierdzono chorobę wrzodową, podlegają zwolnieniu ze służby wojskowej. Oficerów należy traktować indywidualnie. Udzielanie urlopów w wypadkach niewyjaśnionych jest niewskazane.

27. Ostry niezżyt jelit (entero-colitis acuta).

Izba chorych. W wypadkach występujących sporadycznie leczenie rozpoczyna się od środków czyszczących i zupełnego powstrzymania się od wszelkich pokarmów w ciągu 1 — 2 dni. Po głodówce należy podawać herbatę z cukrem i białe suchary z dodaniem niefłustej rzadkiej zupy (kleiku).

Następnego dnia zwiększa się ilość sucharków i dodaje się 20,0 — 30,0 masła, kisiel, rzadką kaszkę. W przeciągu 3 — 4 dni należy stopniowo przejść na dietę zwykłą. Wypisać z izby chorych należy dopiero wtedy, gdy chory jest już na zwykłej diecie; po wypisaniu należy zwolnić od ćwiczeń na 2 — 3 dni.

W okresie epidemii (czerwonka, dur brzuszny) wszystkie przypadki ostrego nieżytu jelit należy traktować, jako podejrzanę na panującą infekcję i umieszczać w izolatorze izby chorych. Jeżeli w przeciągu 2 — 3 dni ciepłota spada do normy i objawy chorobowe mijają — chorych przenosi się na salę ogólną. Leczenie pozostaje to samo.

Z leków zaleca się:

Rp. Saloli 0,5

S. 3 $\times$ dziennie; można w połączeniu z urotropiną.

Rp. Benzonaphtoli 0,5

S. 3 $\times$ proszek.

ciepło na brzuchu.

Zwykłe przypadki ostrego nieżytu jelit nie podlegają skierowaniu do szpitala garnizonowego.

28. Przewlekły nieżyt jelit.

Izba chorych. Schorzenie to najczęściej przebiega w postaci okresowych obostrzeń, występujących w nieregularnych odstępach. Najważniejszą przyczyną przejścia ostrego nieżytu jelit w przewlekły jest towarzyszący bezkwas żołądkowy i zbyt szybki powrót chorego do zwykłej diety; dlatego należy zwrócić specjalną uwagę na skrupulatne leczenie dietetyczne ostrych nieżytów jelit.

Nieciężkie obostrzenia należy z początku próbować leczyć w izbie chorych. Zasady leczenia są te same, co przy ostrych nieżytach. Przy braku wyników leczenia należy chorych kierować do szpitala. W razie

częstych stolców należy przepisywać środki ściągające w dostatecznych dawkach w połączeniu ze środkami dezynfekcyjnymi i przetworami atropiny (lepiej) lub opium, a także podawać kwas solny.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Przede wszystkim należy jak najdokładniej zbadać chorego w celu wyjaśnienia przyczyny nawrotu przewlekłego nieżytu jelit; wykonuje się badanie soku żołądkowego oraz kału na obecność pierwotniaków, po czym kału na czerwonkę (posiew). Zasady leczenia nie różnią się od zalecanych w izbie chorych, jednak możliwości leczenia dietetycznego są tu szersze, dlatego też należy stosować ściślejszą a jednocześnie bardziej różnorodną dietę, zwracając szczególną uwagę na zawartość witamin. Wypisać do jednostki należy dopiero po 2 — 3 dniach, gdy stolec jest normalny i udzielić zwolnienia z ćwiczeń na krótki czas.

Przypadki szczególnie uporczywe, połączone ze złym stanem odżywienia, dotyczące się szeregowych podlegają zupełnemu lub czasowemu zwolnieniu ze służby wojskowej; przypadki nieciężkie, nawet przy częstych nawrotach, wymagają traktowania indywidualnego. Oficerów traktuje się indywidualnie.

29. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

Izba chorych. We wszystkich przypadkach podejrzanych, nie mówiąc już o ustalonych, pod żadnym pozorem nie wolno podawać środków czyszczących. Chorego natychmiast po przybyciu skierować do najbliższego szpitala (w drodze wyjątku nawet do cywil-

nego) celem dokonania operacji w przeciągu pierwszych 24 godzin od początku napadu. Przewozić w pozycji leżącej, wygodnie, pod opieką instruktora sanitarnego.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Każdy przypadek, nawet w razie podejrzenia, podlega umieszczeniu na oddziale chirurgicznym pod stałą obserwacją chirurga.

30. Krwawienia żołądkowo - jelitowe.

Izba chorych. Każdy chory z krwawieniem z przewodu pokarmowego, niezależnie od obfitości krwawienia i rodzaju towarzyszących objawów, powinien niezwłocznie być umieszczony na oddziale chirurgicznym szpitala (jeżeli szpital wojskowy jest daleko, należy kierować chorego do szpitala cywilnego). Chorego należy przewozić z największymi wygodami i obowiązkowo pod opieką sanitariusza. Nie podawać żadnych pokarmów i napojów. Przy obfitych krwawieniach, zwłaszcza gdy odległość od szpitala jest znaczna, jest dobrze przed transportem wykonać wlewanie dożylnie 5,0—10,0—10% roztworu chlorku wapnia z jednoczesnym zastrzykiem roztworu fizjologicznego lub 5% roztworu cukru glinowego w ilości 400,0 — 600,0. Poza tym objawowo: kofeina, kamiora, coramina itp.

Szpital garnizonowy okręgowy. Niezwłocznie określić ilość hemoglobiny i poradzić się z chirurgiem. W przypadkach, gdy nie postanowiono natychmiastowej operacji, należy u chorego określać ilość hemoglobiny co najmniej 2 razy dziennie.

Przetaczanie krwi należy uważać za obowiązek. Chory zachowuje bezwzględny spokój w łóżku. W cią-

gu 3 — 4 dni absolutna głodówka; płyny należy wprowadzać w postaci wlewań dożylnych: 3% — 5% roztworu cukru gronowego 600,0 — 800,0 dziennie lub przy krwawieniach żołądkowych 3% roztwór cukru gronowego w ilości do 1 litra w postaci kroplówki. Z leków podawać środki zatrzymujące peristaltykę — atropinę, przetwory makowca. Na brzuch worki z niezbyt zimną wodą. Przy pomyślnym przebiegu, w wypadkach nie podlegających leczeniu operacyjnemu, przeprowadza się leczenie dietetyczne według zasad wyłożonych w rozdziale o krwawiącym wrzodzie żołądka. Zdolność do służby wojskowej określa się w każdym wypadku oddzielnie w zależności od etiologii schorzenia.

Rozdział VI.

SCHORZENIA WĄTROBY.

31. Ostre mięszone zapalenie wątroby.

Do tej grupy zalicza się wszystkie wypadki ostrego powstawania żółtaczki na skutek zadziałania czynników toksycznych i zakaźnych, ale nie na skutek przeszkód mechanicznych w odpływie żółci. Pod nazwą „ostre mięszone zapalenie wątroby“ łączą się wszystkie postacie kliniczne, omawiane w podręcznikach jako „żółtaczka nieżytowa“, „żółtaczka mięszone“ i „żółtaczka infekcyjna“, „ostry nieżyt żołądka i dwunastnicy“ itp.

Postacie o burzliwym przebiegu, występujące epidemicznie należy wydzielić w odrębną grupę — żółtaczek zakaźnych. Ma to duże znaczenie epidemiologiczne, a częściowo i lecznicze. Jako przykład żółtaczki zakaźnej można przytoczyć chorobę Weila.

Każdy, nawet najłżejszy przypadek ostrego mięszonego zapalenia wątroby przebiega z dość znacznymi, zwłaszcza czynnościowymi, zmianami komórki wątrobowej, ciągnie się długo — od 3--8 tygodni i wymaga specjalnego szpitalnego leczenia.

Izba chorych. Wszystkie przypadki ostro rozwijającej się żółtaczki należy niezwłocznie kierować do szpitali. Mimo dobrego stanu ogólnego, nie należy zezwalać na ewakuację piechotą.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Wszystkim tego rodzaju chorym należy zapewnić spokój (łóżko) i dietę węglowodanową ze znacznym ograniczeniem białka zwierzęcego i tłuszczów w ogóle. Wszelkie ostre przyprawy (pieprz, ocet, musztarda itp.) są wzbronione. Możliwie obfite podawanie płynów, stałe ciepło na okolicę wątroby, codzienne wypróżnienie należy osiągać przez podawanie środków czyszczących. Z leków w cięższych wypadkach daje dobre wyniki codzienne dożylnie wlewanie steżonych roztworów cukru gronowego, przetwory saloli i urotropiny.

Rp. Saloli

Urotropini aa 0,5

Extr. Belladonnae 0,015

Mfp. S. 3 × proszek.

Codziennie na czczo, w położeniu na prawym boku, należy wypijać gorący roztwór siarczanu magnezu lub sodu (1,5 — 2 czubate łyżeczki od herbaty soli na 3/4 szklanki gorącej wody); wypić od razu, leżąc na prawym boku i nie zmieniać położenia około 40 minut.

Jednocześnie z leczeniem należy przeprowadzać wszystkie niezbędne badania kliniczne (śledzić zmiany moczu). Przejście w ostry żółty zanik wątroby nastąpić może nawet w wypadkach o lekkim przebiegu; dlatego też leczenie należy przeprowadzać skrupulatnie niezależnie od ciężkości przypadku. Dietę zwykłą

można zastosować tylko przy dobrym stanie ogólnym, gdy są już tylko ślady zabarwienia żółtaczkowego spojówek. Przy uporczywym utrzymywaniu się żółtaczki zaleca się wlewanie 3 razy w tygodniu przez zgłębnik dwunastniczy 33% roztworu siarczanu magnezu o ciepłocie 40°.

Chorych tego rodzaju nie należy przydzielać do żadnych prac szpitalnych aż do całkowitego ustąpienia żółtaczki. Zwłaszcza jest niedopuszczalne przeznaczanie tych chorych do prac w bloku żywnościowym. Wypisywać ze szpitala po całkowitym ustąpieniu wszystkich objawów.

Udzielanie urlopów jest w większości wypadków nieracjonalne. Lepiej chorego przetrzymać w szpitalu dłużej i wypisać wprost do jednostki oraz udzielić zwolnienia od ćwiczeń na nieco dłuższy okres.

32. Przewlekłe zapalenie wątroby.

Do tej grupy zaliczają się wszystkie przewlekłe zmiany miąższu i śródmiąższowe wątroby, niezależnie od rodzaju (zapalenie, zwyrodnienie) oraz etiologii.

Izba chorych. Praktycznie wszyscy chorzy ze skargami na dolegliwości wątrobowe i objawami przedmiotowymi, jak powiększenie wątroby z jednoczesnym powiększeniem śledziony, zabarwienia podżółtaczkowe itd., podlegają skierowaniu na zbadanie do szpitala.

Tylko przypadki, w których spostrzega się jedynie powiększenia wątroby (1 — 2 palce) bez skarg podmiotowych powinny być leczone ambulatoryjnie. Wskazana jest stała obserwacja lekarza jednostki, ambula-

toryjna konsultacja ze specjalistą w poliklinice garnizonowej. Umieszczenie w szpitalu rozstrzyga się w zależności od wyników badania.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Należy pamiętać, że nieznaczne powiększenie wątroby nawet z jednoczesnym powiększeniem śledziony nie może być powodem do zwolnienia ze służby wojskowej lub skierowania do służby nieliniowej. Tylko znaczne powiększenie rozmiarów narządu albo naruszenia czynnościowe o charakterze stałym (nieznaczna nawet żółtaczką, naruszenie czynności glikogenotwórczej, zmiany w krążeniu wątrobowym itp.) stanowi wskazanie do zwolnienia. Obecnie spotyka się chorych z dość uporczywym powiększeniem wątroby z jednoczesnym powiększeniem śledziony i nawet podżółtaczkowym zabarwieniem skóry, których jednak nie można uważać za niezdolnych do służby wojskowej; są to chorzy, którzy długi czas chorowali na zimnicę; po zastosowaniu specyficznego leczenia przeciwzimniczego wszystkie objawy zazwyczaj się cofają. W tych wypadkach po wyleczeniu należy udzielać długotrwałego urlopu.

Szeregowi z przewlekłym zapaleniem wątroby, w zależności od ciężkości przypadku, podlegają zwolnieniu z wojska lub skierowaniu do służby nieliniowej. Oficerów traktuje się indywidualnie.

33. Ostre i przewlekłe zapalenie woreczka żółciowego.

Izba chorych. Wszystkie przypadki ostrego zapalenia woreczka żółciowego kieruje się natychmiast do szpitala; wypadki obostrzenia przewlekłego zapalenia,

zwłaszcza gdy dany chory już był z tego powodu leczony w szpitalu, należy próbować leczyć w izbie chorych. Zaleca się, w miarę realnych możliwości, odpowiednią dietę (mleko, mleczne potrawy, wyłączyć słoninę i tłuszcze roślinne, smażone i pieczone tłuste mięso, przetwory wędzone, konserwy i ostre przyprawy), stałe ciepło na okolicę pęcherzyka żółciowego, pozostawanie w łóżku. Posiłki należy naznaczać częste, w drobnych porcjach. Z leków zaleca się: salol z urotropiną w połączeniu ze środkami przeciwskurczowymi (atropina, papaweryna); na czczo należy podawać gorący 33% roztwór siarczanu magnezu po 1/2 — 3/4 szklanki.

Przy braku efektu leczniczego w przeciągu 8 — 10 dni, chorego należy skierować do szpitala.

Przypadki przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego podlegają skierowaniu do szpitala po uprzedniej konsultacji ze specjalistą chorób wewnętrznych polikliniki garnizonowej.

Szpital garnizonowy i okręgowy. W celu potwierdzenia rozpoznania w wypadkach przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego zawsze należy przeprowadzić zglebnikowanie dwunastnicy i badanie treści przed i po wprowadzeniu gorącego 33% roztworu siarczanu magnezu. Osad należy badać nie później, niż w 20 — 25 minut po wydobyciu treści, w przeciwnym bowiem razie wszystkie elementy komórkowe ulegną strawieniu przez trypsynę.

Znalezienie 3 — 5 leukocytów w polu widzenia w żółci „B” lub „C” nie daje jeszcze prawa do stwierdzenia stanu zapalnego.

Leczenie przeprowadza się za pomocą ogólnie przyjętych metod. Pamiętać należy, że wlewanie przez zgłębnik dwunastniczy roztworów siarczanu magnezu służy nie tylko do celów diagnostycznych, lecz jest także czynnikiem leczniczym.

W przypadkach przewlekłych, a także w przewlekających się ostrych, przepłukiwanie dwunastnicy wykonuje się co drugi dzień w ilości 10 — 15 na kurs leczenia; dają one dobre wyniki.

Z innych środków stosuje się diatermię. W przypadkach ostrych, z dużą ilością leukocytów w żółci „B” zaleca się dożyłne wlewania 40% roztworu urotropiny po 5,0 — 10,0 co drugi dzień. W przypadkach podrażnienia pęcherza moczowego należy leczenie przerwać.

We wszystkich przypadkach jest korzystne obfite picie ciepłych wód alkalicznych i regulowanie czynności jelit.

34. Kolka wątrobowa.

Izba chorych. W patogenezie kolki wątrobowej największą rolę gra nie mechaniczne podrażnienie dróg żółciowych przez kamienie, lecz skurcz mięśniówki; tym się tłumaczy znaczna ulga lub przerwanie napadu po podaniu środków przeciwskurczowych. Natychmiast po rozpoznaniu kolki wątrobowej należy zastosować ciepło na brzuchu, spokój, podskórnie 1% roztwór morfiny lub 2% roztworu pantoponu, lub też 5% roztwór piperazyny w ilości 1,0 — 2,0 per se lub w połączeniu

z atropiną. Grzałkę należy trzymać 3 — 5 godzin nawet po zakończeniu napadu.

W wypadkach, gdy napad szybko mija, a w wywiadach podobnych napadów nie było, szeregowi pozostają w izbie chorych 4 — 5 dni na obserwacji i rozstrzygnięcia sprawy powrotu do jednostki lub leczenia szpitalnego. Oficerów należy zwolnić od zajęć i zalecić leczenie domowe.

Przypadki nawrotowej kolki wątrobowej podlegają (po minięciu napadu) skierowaniu do szpitala, przy czym w wyciągu z „księgi izby chorych“ należy szczegółowo opisać wszystkie spostrzeżenia. Chorych należy ewakuować w pozycji siedzącej lub leżącej. Oficerów traktuje się indywidualnie.

Szpital garnizonowy i okręgowy. W razie potwierdzenia rozpoznania należy leczyć zapalenie pęcherzyka żółciowego, które prawie zawsze towarzyszy kolce. Wyleczenie tego schorzenia na długi czas zapobiega napadom kolki.

Zwalniać ze służby wojskowej należy tylko w wypadkach kolki nawrotowej.

Rozdział VII.

INNE SCHORZENIA.

35. Ostry gościec.

Poprzednio uważano, że dla rozpoznania gośćca jest niezbędne porażenie stawów lub mięśni — w związku z tym rozróżniano gościec stawowy i mięśniowy. Według obecnych poglądów prawdziwy gościec nie stanowi infekcji, lecz swoisty odczyn alergiczny wywoływany przez szereg infekcji, spośród których najważniejszą jest infekcja paciorkowcowa. Samo zakażenie nie wystarcza do wywołania odczynu gośćcowego, a jest niezbędna konstytucjonalna skłonność i powtórne zakażenie już uczulonego ustroju.

Zasadniczym substratem anatomicznym gośćca jest ziarniniak Aschoff-Tałałajewa, umiejscawiający się w torebkach stawowych i w łączno-tkankowych częściach mięśni, w miejscu przejścia mięśnia w ścięgno. Bywa on rozlokowany wokoło drobnych naczyń i w przypadkach nieleczonych przechodzi swój cykl rozwojowy w ciągu 8 — 12 tygodni, pozostawiając włókniste blizny ze wszystkimi wynikającymi stąd skutkami. Najczęściej jest porażony mięsień sercowy, następnie sta-

wy, a w końcu mięśnie poprzeczne prądkowane. Spotyka się gościec pierwotnie porażający mięsień sercowy, który nie atakuje jednak układu mięśniowo-stawowego.

Choroba ma przebieg falisty; po każdym obostrzeniu, a właściwie nowym napadzie choroby, skutki jej w ustroju zwiększają się. Najczęściej występują zmiany w osierdziu i mięśniu sercowym, ujawniające się w 4 — 8— 12 tygodni lub więcej po uspokojeniu się ostrych objawów choroby.

Leczenie dużymi dawkami przetworów salicylowych, mające za sobą doświadczenie dziesiątków lat, uważane jest i dziś za najskuteczniejsze. Różnorodne powikłania gośćca (z wyjątkiem zmian w sercu) leczy się z powodzeniem metodą fizjoterapeutyczną (stosowanie ciepła), a zwłaszcza borowiną. Metody te jednak stosować można dopiero po dłuższym czasie od chwili likwidacji ostrych objawów; borowiną można leczyć dopiero w 6 miesięcy od ustania ostrych objawów, natomiast zabiegi ciepłe można stosować wcześniej.

Izba chorych. Przy rozpoznaniu ostrego gośćca (najczęściej w postaci porażenia stawów) należy natychmiast podać

Rp. Pyramidoni 0,5.

zaś przy dużej ilości porażonych stawów i przy silnych bólach wprowadzić podskórnie 1,0—2,0—1% roztworu morfiny, a chorego niezwłocznie skierować do szpitala. Przewozić należy leżąc, ciepło okryć i zapewnić w podróży możliwie najwięcej wygody. Transport chorego z ostrym zapaleniem stawów nie powinien się

różnić od transportu rannego ze złamaniem kości: choremu towarzyszy instruktor sanitarny.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Chorego na ostre zapalenie stawów należy przyjąć poza kolejką, zaniechać ogólnego opracowania sanitarnego i skierować bezpośrednio do dobrze ogrzanej, suchej sali i umieścić z dala od okna. Natychmiast należy podać salicylan sodu w proszku lub roztwór z 8,0 — 10,0 na dobę. Zamiast salicylanu sodu można dać aspirynę 4,0 — 6,0 na dobę. Chory bezwzględnie powinien pozostawać w łóżku. Jednocześnie korzystne jest podawanie witaminy „C”. Ilość węglowodanów i soli kuchennej w pokarmach należy ograniczyć. Po minięciu bólów i spadku temperatury zmniejsza się ilość salicylatów do połowy i podaje się w tej ilości 2 — 3 tygodnie, nawet w przypadkach bez bólu i podwyższonej ciepłoty. Wzmożony odczyn Biernackiego wskazuje na to, że proces chorobowy jeszcze trwa. Przy nawrotach bólów, nowym wzroście ciepłoty lub przyspieszeniu opadania krwinek, należy wrócić do dawnych dawek salicylatów.

Kąpiele w okresie ostrym są przeciwwskazane. Dla celów higienicznych można wycierać ciało spirytusem kamforowym. Opuścić łóżko można nie wcześniej, niż w 7 dni po całkowitym ustąpieniu bólów i powrotu ciepłoty do normy. Jeżeli normalna ciepłota utrzymuje się w ciągu 2 — 3 tygodni, a odczyn Biernackiego zbliża się do normy, można chorego wypisać ze szpitala: służba liniowa po przebytych ostrym gościcu stawowym jest dopuszczalna w zależności od pory roku, po 3 — 6

miesiącach. W przeciągu 6 miesięcy od zachorowania chorzy powinni być pod stałą obserwacją lekarza jednostki (obserwować stan serca!). W przeciągu tego okresu należy unikać ochładzania ustroju (zwłaszcza przemoczenia nóg i długotrwałego przebywania w wilgotnych pomieszczeniach), a także ciężkiej pracy fizycznej. Leczenie uzdrowskowe (borowina, solanki, kąpiele siarkowe itp.) назнача się nie wcześniej niż w 6 miesięcy od ustąpienia miejscowych i ogólnych objawów. Nawroty ostrego gośćca stawowego przebiegają zazwyczaj mniej burzliwie (mniejsze bóle, niższa ciepłota), lecz często są one bardziej odporne na działanie salicylatów; a poza tym wykazują coraz to większą skłonność do porażenia układu krążenia.

36. Angina.

Izba chorych. Zwykle postaci anginy zatokowej, mieszkowej czy nieżytowej nie podlegają leczeniu szpitalnemu i powinny być leczone w izbie chorych. Wyjątek stanowią ropne zapalenia migdałków, przypadki wrzodziejące lub powikłane zapaleniem około migdałkowym, które powinny być leczone przez specjalistów-laryngologów. Natychmiast po rozpoznaniu należy zacząć leczenie czerwonym lub białym streptocidem w dawkach po 0,5 5—6 razy dziennie. Następnego dnia daje się 3 — 4 razy, trzeciego 2 — 3 razy, czwartego 2 razy, a piątego 1 raz. Ogólna ilość nie powinna przekraczać 8,0 — 10,0. Jednocześnie należy płukać gardło ciepłymi alkalicznymi roztworami:

Rp. Sol. Natrii bicarbonici 2%
albo

Rp. Natrii bicarbonici
Natrii biborici aa 10,0
Natrii chlorati 3,0

Mfp. S. $\frac{1}{2}$ łyżeczki od herbaty na
szkłankę ciepłej wody do płukania gardła.

Na szyję stosuje się okłady rozgrzewające 2 razy na dobę, przy czym opaska przechodzi przez głowę (by okład nie obsuwał się). Po spadku podwyższonej ciepłoty — okłady tylko na noc. Pożywienie powinno być w stanie półpłynnym; należy podawać dużo płynów, byle tylko nie drażniących i ciepłych. Nie dawać cukierków i czekolady (!). Chory powinien zostawać przez cały czas choroby w łóżku; pozwolić na wstawanie można w 24 godziny po spadku ciepłoty i ustąpieniu bólów przy łykaniu. Należy wypisywać do jednostki po 3 — 4 dniach normalnej ciepłoty i udzielić zwolnienia od ćwiczeń na 4 dni. Po tygodniu przeprowadza się badanie moczu, które dobrze jest po 4 — 5 dniach powtórzyć. Chorzy pozostają pod obserwacją 2 tygodnie.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Przypadkowo przyjęte wypadki anginy leczy się według tych samych zasad. Przypadki ropnego i wrzodziejącego zapalenia migdałków leczy się według wskazówek specjalisty-laryngologa. Przy wypisywaniu ze szpitala (po uprzednim zbadaniu moczu) należy dać wskazówki dla lekarza jednostki.

37. Grypa.

Izba chorych. Grypa epidemiczna podlega leczeniu w izbie chorych i nie powinna być kierowana do szpi-

tala. Niestety, pod tym rozpoznaniem często są leczone najróżniejsze choroby: przyczyną tego nie rzadko są błędy lekarzy.

O ile sprawa zarazka wywołującego grypę jest dotychczas sporna, o tyle obraz kliniczny jest dokładnie poznany. Rozpoznanie grypy endemicznej stawia się w wypadkach ostrej choroby trwającej 5 — 7 dni, przebiegającej z objawami ogólnej intoksykacji, bólami i uczuciem rozbicia w mięśniach, bólami głowy i jako warunek konieczny, objawami nieżytowymi górnych dróg oddechowych (nos, gardziel, krtań, oskrzela); wypadki przebiegające bez nieżytu są wątpliwe. Nie uduchowiona jest możliwość infekcji grypowej poza drogami oddechowymi. Leczenie swoiste grypy nie jest znane. Zaleca się obfite picie do 10 szklanek dziennie ciepłych lub nawet gorących napojów, środki napotne, z leków:

Rp. Aspirini 0,5

Urotropini 0,3

Coff. puri 0,05

• Mfp. S. 3 × proszek.

Kaszel zwalcza się przez podanie kodeiny, dioniny lub morfiny. To niewinne na pozór schorzenie często daje powikłania, prawdopodobnie uwarunkowane towarzyszącymi parainfekcjami: zapalenie jam dodatkowych nosa, zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, ogniskowe zapalenie nerek, zapalenie miedniczek itp.

Dla zakażenia grypowego jest charakterystyczna leukopenia z przesunięciem wzoru według Arnetha Schillinga w lewo, neutropenia i względna limfocytoza.

Ten obraz krwi spotyka się zarówno przy zwykłej grypie, jak i przy powikłaniach.

Chorych na gripę należy izolować: chorzy na serce, płuca i nerki powinni wystrzegać się kontaktu z nimi.

Po wyleczeniu, na trzeci dzień normalnej ciepłoty należy chorego wypisać i udzielić zwolnienia od ćwiczeń na 2 — 3 dni.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Leczenie nie różni się od zalecanego w izbie chorych.

38. Zimnica (malaria).

Choroba ta została zawleczona na tereny Polski przez wojska przybywające ze wschodu: rozpowszechnienie swoje zawdzięcza obecności dużej ilości komarów-widliszków (*Anopheles*) oraz warunkom klimatycznym sprzyjającym rozwojowi pasożytów zimniczych.

W ciągu najbliższych kilku lat należy się spodziewać, że zimnicę będzie często się spotykać tak wśród wojska, jak i ludności cywilnej.

Izba chorych. Lekarz jednostki powinien szczegółowo wypytać bezwzględnie wszystkich żołnierzy swojej jednostki oraz sporządzić spis osób, które chorowały na zimnicę w przeciągu ostatnich dwóch lat, licząc od marca każdego roku. Spis zawiera następujące rubryki: liczba porządkowa, nazwisko i imię, stopień wojskowy, data ostatniego napadu zimnicy oraz jakie zastosowano leczenie specyficzne. Wszystkich zarejestro-

wanych chorych poddaje się szczegółowemu badaniu: zwraca się głównie uwagę na następujące objawy: niedokrwistość, zabarwienie podżółtaczkowe, powiększenie wątroby i śledziony. Wszystkie te objawy należy odnotować w spisie, a u podejrzanych należy przeprowadzić badanie krwi na obecność gametocytów (badanie w grubej kropli). Działalność profilaktyczna w jednostkach powinna być zakończona do 1 kwietnia.

15 kwietnia należy przystąpić do zapobiegawczego leczenia wszystkich zarejestrowanych: podaje się akrichinę 1 raz dziennie po 0,2 w ciągu 2 dni z przerwą 4 dni. Leczenie należy prowadzić w ciągu 1 — 1½ miesiąca. W braku akriчины podaje się chininę w dawkach po 0,3 — 3 dni z rzędu w każdym tygodniu, w ciągu 1½ miesiąca. W tych wypadkach, w których stwierdzono gametocyty, należy 3 razy zastąpić czystą akrichinę przez akrichinę z plazmocydem (zielone tabletki zawierające 0,02 plazmocydu). Czysta akrichina nie działa na gametocyty.

Te zabiegi profilaktyczne mają olbrzymie znaczenie w zwalczaniu zimnicy, ponieważ nie tylko zapobiegają nawrotom, lecz także zabijają pasożyty, przeciwdziałają szerzeniu się schorzenia. Niewątpliwe napady zimnicy należy leczyć w izbie chorych, nie kierować do szpitali. Schemat i wskazówki lecznicze podane są niżej.

Schemat leczenia ostrych przypadków. Przez 5 dni z rzędu podaje się akrichinę 3 razy dziennie po 0,1, dodając w ciągu ostatnich 2 dni cyklu plazmocydu po 0,02 — 3 razy dziennie (istnieją gotowe tabletki zawierające 0,1 akriчины i 0,02 plazmocydu). Z uwagi na działanie

toksyczne nie należy podawać plazmocidu dłużej niż 2 dni z rzędu i nie przekraczać dawki dziennej 0,06 (możliwość zaniku nerwu wzrokowego).

W wypadkach, gdy po pięciodniowym leczeniu ciepłota nie wraca do normy, podaje się jeszcze przez 2 dni akrichinę (bez plazmocidu). Utrzymywanie się po 7 dniach leczenia podwyższonej ciepłoty wskazuje, że rozpoznanie zimnicy było nieprawidłowe.

Po zakończeniu pierwszego cyklu leczenia chorych wypisuje się do jednostki, udziela 1 — 2 dni zwolnienia od ćwiczeń. Po 7 dniach przerwy należy przeprowadzić drugi cykl leczenia (ambulatoryjnie). Podaje się w ciągu 5 dni po 0,3 akrichiny jednorazowo (w czasie obiadu), ostatnie dwa dni razem z plazmocidem. Po przerwie 10-dniowej cykl ten powtarza się. Następna przerwa powinna trwać 3 tygodnie, po czym w ciągu 1½ miesiąca podaje się akrichinę po 0,2 dziennie, jednorazowo przez 2 dni z rzędu z przerwą 4 dni, albo chininę po 0,2 — 2 razy dziennie.

LECZENIE OSTREJ ZIMNICY

5 dni akrichina 3 razy dziennie po 0,1, ostatnie 2 dni z dodatk- kiem plazmoci- du 0,02-3x dziennie	7 dnio- wa prze- rwa	5 dni akrichina po 0,3-1 x dziennie, ostatnie 2 dni z doda- tkiem plazmoci- du 0,06	10 dnio- wa prze- rwa	5 dni akrichi- na po 0,3-1 x dzien- nie, osta- tnie 2 dni z do- datkiem plazmo- cidu 0,06	3 tygo- dnio- wa prze- rwa	6 tygo- dni 2 dni z rzędu akrichi- na po 0,2-1 raz dzien- nie, 4 dni prze- rwy
--	----------------------------------	--	-----------------------------------	--	--	--

Chinina ulega szybszemu wydaleniu z ustroju niż akrichina, a u niektórych osobników nie wsysa się; poza tym spotyka się przypadki idiosynkrazji; dlatego jest korzystniej leczyć zimnicę akrichiną, nie ustępującą chininie w działaniu.

Dawkowanie chininy: podaje się po 0,5 — 3 razy dziennie; cykle trwają po 5 dni, przerwy między nimi — 7 dni. Należy przeprowadzić 4 cykle. Korzystnie jest łączyć leczenie chininą z plazmocidem (ostatnie 2 dni każdego cyklu po 0,02 — 3 razy dziennie).

W okresie wyroju komarów (maj — wrzesień) chorzy na malarię powinni przebywać w pomieszczeniach, zaopatrzonych w siatki w oknach i drzwiach (niedopuszczanie komarów). Siatki zwilża się środkami odstraszającymi komary: roztwór lizolu, kwasu karbowego, kreozot, dziegieć.

Dobrze jest w pomieszczeniach przeznaczonych dla chorych na zimnicę ustawić pułapki dla komarów, które urządza się w następujący sposób: skrzyneczki o rozmiarach 20 x 25 cm, głębokości 30 cm, otwarte z jednej strony, okleja się wewnątrz czarnym papierem i umieszcza się w górnych kątach pokoju. W ciągu dnia komary gromadzą się wewnątrz skrzyneczek, a nad wieczorem należy je zniszczyć.

Chorzy na malarię w okresie zimowym (październik — kwiecień) mogą przebywać na salach ogólnych. W okresie zaś letnim (maj — wrzesień) należy ich izolować.

Szpital garnizonowy i okręgowy. Leczenie przeprowadza się według podanego wyżej schematu. W

miarę możliwości chorych na malarię należy izolować i pomieszczenia dla nich zaopatrzyć w urządzenia przeciw komarom. •

Wypisywać do jednostki po zbadaniu krwi w grubej kropli (obecność gametocytów!). Należy udzielić wskazówek lekarzowi jednostki w sprawie dalszego ambulatoryjnego leczenia.

SPIS RZECZY.

Rozdział I

POSTANOWIENIA OGÓLNE.

	Str.
1. Zadania lekarzy jednostek wojskowych . . .	3
2. Zasady organizacji i pracy leczniczej . . .	6

Rozdział II.

SCHORZENIA NARZĄDU ODDECHOWEGO.

3. Ostry nieżyt oskrzeli	9
4. Obostrzenie przewlekłego nieżytu oskrzeli . . .	9
5. Dychawica oskrzelowa	10
6. Rozedma płuc	11
7. Zapalenie płuc płatowe	12
8. Odoskrzelowe zapalenie płuc	15
9. Suche zapalenie opłucnej	15
10. Wyсіękowe zapalenie opłucnej	16
11. Gruźlica płuc	17

Rozdział III.

SCHORZENIA NARZĄDU KRĄŻENIA.

12. Zaburzenia czynnościowe układu sercowo-naczyniowego	21
13. Zastawkowe organiczne schorzenia serca . . .	23

14. Organiczne schorzenia mięśnia sercowego	26
15. Nadciśnienie	27
16. Dławica piersiowa (angina pectoris)	29
17. Dychawica sercowa (asthma cardiale)	31

Rozdział IV.

SCHORZENIA NARZĄDU MOCZOWEGO.

	Str.
18. Ostre kłębuszkowe zapalenie nerek	33
19. Przewlekłe rozlane kłębuszkowe zapalenie nerek	36
20. Ostre i przewlekłe mieszane zapalenie nerek	38
21. Ogniskowe zapalenie nerek	40
22. Zapalenie miedniczek i pęcherza	41
23. Kolka nerkowa	42

Rozdział V.

SCHORZENIA PRZEWODU POKARMOWEGO.

24. Ostry nieżyt żołądka	44
25. Przewlekły nieżyt żołądka	45
26. Wrzód żołądka i dwunastnicy	46
27. Ostry nieżyt jelit (entero-colitis acuta)	50
28. Przewlekły nieżyt jelit	51
29. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego	52
30. Krwawienia żołądkowo-jelitowe	53

Rozdział VI.

SCHORZENIA WĄTROBY.

31. Ostre miąższowe zapalenie wątroby	55
32. Przewlekłe zapalenie wątroby	57

33. Ostre i przewlekłe zapalenie woreczka żółciowego	58
34. Kolka wątrobianą	60

Rozdział VII.

INNE SCHORZENIA.

35. Ostry gościec	62
36. Angina	65
37. Grypa	66
38. Zimnica (malaria)	68



Referent : *mjr. Wójcik J.*
 Redaktor techniczny : *Kpt. Misztal A.*
 Korektor : *Hiszpańska W.*

Zakłady Graficzne WIN W Oddział w Łodzi
 L. 115/46



1626/
1

