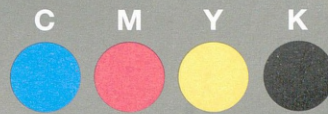




Grey Scale #13



DANES-PICTA.COM

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



118/1
MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ
DEPARTAMENT SŁUŻBY ZDROWIA

WYTYCZNE DO PROFILAKTYKI, ROZPOZNANIA I LECZENIA
CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH



WOJSKOWY
INSTYTUT NAUKOWO - WYDAWNICZY
1 9 4 6



118/1

MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ
DEPARTAMENT SŁUŻBY ZDROWIA

WYTYCZNE DO PROFILAKTYKI, ROZPOZNANIA I LECZENIA⁷
CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH



WOJSKOWY
INSTYTUT NAUKOWO - WYDAWNICZY

1 9 4 6

MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ
DEPARTAMENT SŁUŻBY ZDROWIA

BIBLIOTEKA

Wyższej Szkoły Politt.-Wych.

WYTYCZNE DO , ROZPOZNANIA I LECZENIA
CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

Wyższej Szkoły Politt.-Wych.

BIBLIOTEKA



WOJSKOWY
INSTYTUT NAUKOWO - WYDAWNICZY

1 9 4 6
Politycznych

Nr _____

18 r.

„Zatwierdzam”

Szef Departamentu Służby Zdrowia
Ministerstwa Obrony Narodowej

(-) Dr. med. Mohuczy
gen. bryg.

M. p. 19 listopada 1945 r.

BIBLIOTEKA

Wyższej Szkoły Politt. - Wych.

d. ins. 4392

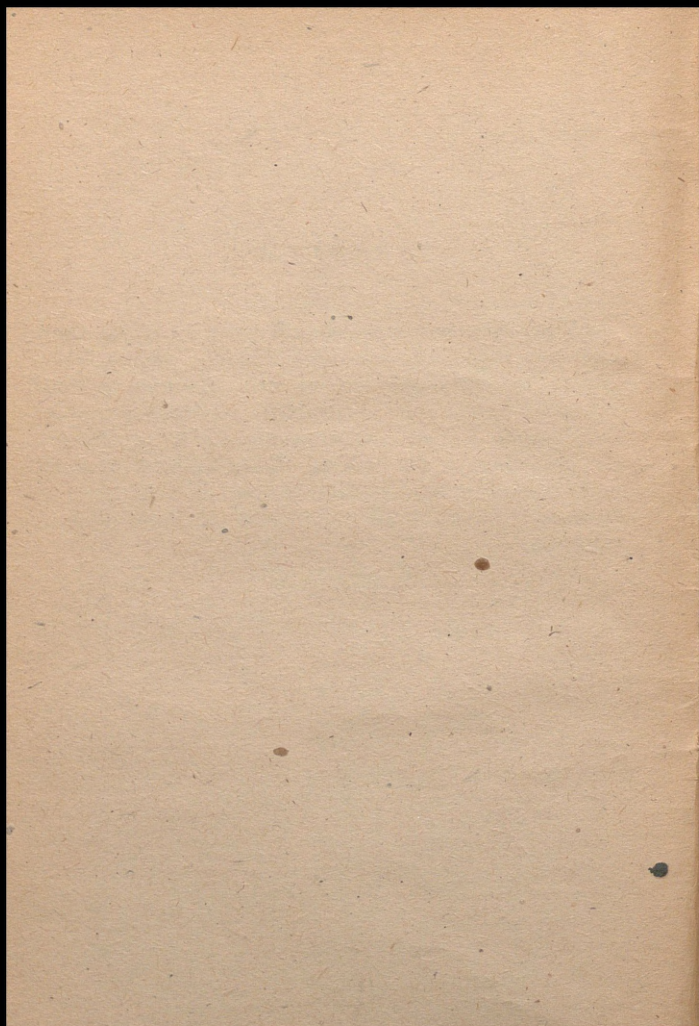
1632/1

ZAKŁADY GRAFICZNE W. I. N. W.



PRZEDMOWA.

Wydanie niżej wymienionych uwag i najprostszyc^h sposobów rozpoznawania oraz leczenia chorób skórnych i wenerycznych ma na celu okazanie pomocy lekarzom i felczerom jednostek wojskowych przez umożliwienie lepszego orientowania się w tej dziedzinie medycyny, a dla lekarzy wenerologów i dermatologów wprowadzenie ujednolitej metody leczenia, przyjętej i zatwierdzonej w Służbie Zdrowia Wojska Polskiego.



I. PYODERMIA — ROPNE ZAPALENIE SKÓRY

Celem profilaktyki ropnego zapalenia skóry należy z personelem w jednostkach przeprowadzać systematyczne pogadanki o higienie skóry oraz o zastosowaniu w odpowiednim czasie, przy małych uszkodzeniach skóry, środków zapobiegawczych.

W następstwie uszkodzeń w postaci otarć, nadżerek i pęknięć skóry następuje wtargnięcie gronkowców i paciorkowców, wywołujących powierzchowne i głębokie ropne zapalenie skóry.

Dlatego też każdy mały ubytek naskórka i skóry należy profilaktycznie natychmiast posmarować 1% roztworem alkoholowym zieleni brylantowej lub zwykłą nalewką jodową.

Powierzchniowe postacie pyoderii są wywołane przez paciorkowce i objawiają się wytwarzaniem pęcherzy i pęcherzyków zasychających w strupy.

Strup należy zdjąć pincetą a obnażone po zdjęciu strupa dno posmarować 3% roztworem lapisu, po czym nałożyć jedną z następujących maści:

Rp. Acidi carbolici liquefacti

Sulfur. ppti

Hydrargyri ppti albi - aa 5,0

Ichthyoli puri 10,0

Ung. Zinci ad 100,0

lub

Acidi carbolici liquefacti

Hydrargyri ppti albi aa 5,0

Acidi salicylici 2,0

Ung. Zinci ad 100,0

M. f. ung.

Procent Acidum carbolicum i Hydrargyrum praecipitatum album w tych maściach można stopniowo zwiększać do 10.

Po nałożeniu maści nie należy bandażować!

W celu uniknięcia zakażenia skóry nie należy w czasie leczenia myć się ani golić. Włosy lepiej obciąć nożyczkami a skórę wycierać 50 — 60 % roztworem spirytusu.

Przy leczeniu powierzchownych streptokokowych pyoderмии nie należy stosować terapii bodźcowej, gdyż terapia ta nie daje zwykle efektu.

Głębokie postacie pyoderмии wywołane są przez gronkowce.

Najbardziej częste ich formy to czyraki (furunculus) o wyglądzie nacieków różnej wielkości w zależności od okresu trwania choroby.

Leczenie: szczepionka, laktoterapia lub autohemoterapia albo też zastrzyki 10% Ol. Terebinthinae rectif. w tłuszczu wg przepisu:

Rp. Ol. Terebinth. rectific. puriss. 3,0

Ol. Olivarum (Ol. Lini) 27,0

M.D.S. Steril! Pro iniectione.

Zastrzyki Ol. Terebinthinae należy dawkować:

0,5 — 0,75 — 1,0 — 1,25 — 1,5 — 15,0 co drugi dzień w zależności od reakcji organizmu.

Krew w ilości potrzebnej pobiera się zwykle z żyły łokciowej chorego. Krew pobraną wstrzykuje się co drugi dzień domięśniowo w dawkach: 6,0 — 8,0 — 10,0 — 15,0 ml. Maksymalna dawka 15,0 ml., ogółem stosuje się 6 — 10 zastrzyków.

Mleko do laktoterapii należy brać od zdrowej krowy i sterylizować w szklanej probówce.

Dawkowanie mleka: 3,0 — 5,0 — 7,0 — 10,0 ml. z przerwami 2 — 3 dni w zależności od odczynu i samopoczucia chorego.

Wszystkie te zastrzyki robi się domięśniowo w zewnętrzny górny kwadrant pośladka z obowiązkową kontrolą. (Nie trafić w żyłę!) Miejscowo leczyć przez codzienne 2 — 3-krotne smarowanie 1% roztworem alkoholowym zieleni brylantowej, po czym posmarowane części pokryć jedną z następujących maści.

Rp. Acidi carbol. liquefacti 5,0

Sulfur. ppti 15,0

Camphorae tritae 3,0

Ung. Zinci ad 100,0

M. f. ung.

lub

Hyrargyri ppti albi 15,0

Ol. Jecoris Aselli ad 100,0

M.D.S. Maść.

Posmarowane miejsca przypudrować talkiem.

Zamiast maści można przyłożyć czysty ichtyol.

Jednocześnie z leczeniem miejscowym poleca się przyjmowanie do wewnątrz 3 razy dziennie po 2 tabletki *prontosilum rubrum* lub *strep-tocidum rubrum* albo też świeże drożdże piwne. Łyżkę stołową drożdży należy rozpuścić w szklance wody lub piwa i przyjąć dziennie 2 — 3 razy taką porcję.

Fizykoterapia, naświetlanie kwarcową lampą lub latem promieniami słońca.

Zabrania się kategorycznie leczyć kompresami rozgrzewającymi oraz wyciskać ropę i nakładać bandaże.

Bandaże wolno nakładać tylko po nacięciu.

Carbunculus — jest to skupienie czyraków gromadnych.

Przystępując do leczenia, należy dokładnie usunąć masy nekrotyczne celem umożliwienia odpływu ropy z licznych otworów, po wykonaniu zaś tego nałożyć opatrunek z maści następującej:

Rp.	<i>Vioformii</i>	5,0
	<i>Balsami Peruviani</i>	20,0
	<i>Ol. Ricini</i>	
	(<i>Ol. Jecoris Aselli</i>)	ad 100,0
lub		
	<i>Xeroformii</i>	5,0
	<i>Picis liquidi</i>	5,0
	<i>Ol. Ricini</i>	
	(<i>Ol. Jecoris Aselli</i>)	ad 100,0

lub -

Streptocidi albi	15,0
Ol. Jecoris Aselli	ad 100,0

lub

Colophonii	10,0
Jodoformii	5,0
Ol. Olivarium	100,0

Stosowanie do wewnątrz streptocidu białego przyspiesza zwykle leczenie.

Poleca się również lakto i hemoterapię oraz naświetlanie lampą kwarcową.

Do nacięcia uciekać się tylko w ostateczności.

Należy pamiętać, że carbunculus jest chorobą, którą trzeba leczyć tylko w szpitalach, a nacięcia wykonywać tylko na oddziałach chirurgicznych.

Hydroadenitis — zapalenie gruczołów potowych, jest następstwem przeniknięcia zakażenia gronkowcowego, objawiającego się w postaci głębokich ropni pod pachą.

Leczenie jest analogiczne jak przy czyrakach, w wypadkach zaś opornych dobre wyniki daje rentgenoterapia.

Paronychia — zapalenie łożyska paznokcia ma tą samą etiologię.

Leczenie: 3 razy dziennie gorące kąpiele w roztworze 1 : 8000 nadmanganianu potasu, po czym w wytworzone ropne uchyłki należy wprowadzić drobno sproszkowany biały streptocid. Wynik zwykle jest dobry i ropa szybko przestaje się wydzielać.

II. DERMATITIS — ZAPALENIE SKÓRY

Dermatitis — Zapalenie skóry jest następstwem działania zewnętrznych szkodliwych czynników. W początkowym okresie charakteryzuje się obrzękiem nacieczonej skóry.

Leczenie: Smarowanie 5 — 6 razy dziennie 5% roztworem nadmanganianu potasu; przy silniej wyrażonych objawach zapalnych stosować na chorą skórę wilgotne okłady z papki wg przepisu:

Rp. Zinci oxydati	
Amyli Tritici	aa 10,0
Talci veneti	20,0
Glycerini puri	10,0
Aquae destillatae	80,0

M.D.S. Przed użyciem zmieszać.

W wypadkach bardziej silnego podrażnienia skóry i wystąpienia pęcherzy należy pokrywę pęcherzy zdjąć, a obnażone dno posmarować 5% roztworem taniny lub 1% roztworem wodnym zieleni brylantowej po czym nałożyć 15% maść streptocidową na tranie lub maść dermatolową. W czasie leczenia nie należy nakładać opatrunku — miejsca chore pozostawić odkryte.

Hyperhydrosis pedum — nadmierne pocenie się nóg.

Profilaktyka: higiena nóg zwłaszcza w okresie letnim oraz regularne mycie nóg i częste zmiany onuc i skarpetek.

Leczenie: Kąpiele nóg z domieszką 1 łyżki formaliny na 1 litr wody, smarowanie 10% roztworem formaliny skóry podeszew i palców stóp; prócz tego 2 — 3 razy dziennie przesypywanie palców i przestrzeni międzypalcowych drobno sproszkowanym kwasem bornym. W następstwie hyperhydrozy tworzy się maceracja skóry i wyprzanie (intertrigo).

Wyprzanie wytworzone przez hyperhydrozę należy różnicować z wyprzaniem, wywołanym przez grzyb *Epidermophyton*.

Przy wyprzaniach grzybkowych zmiany zwykle znajdują się na gładkiej skórze we wszystkich zgięciach (między palcami, pod kolanami, w pachwinach i pachach) przy czym przy silnym poceniu tworzą się częściej.

O leczeniu *epidermophytiasis* będzie mowa w rozdziale o grzybicach.

Odparzenia — spotyka się na stopach, najczęściej wskutek noszenia niewygodnego obuwia, nieodpowiednio nałożonych onuc lub skarpetek oraz na innych miejscach skóry wskutek tarcia odzieży lub pasa.

Profilaktyka: zapobieganie wyżej wymienionym przyczynom.

Leczenie: w lekkich formach odparzeń poleca się stosować papkę wg. wyżej podanego przepisu a w wypadkach tworzenia się pęcherzy należy je asyptycznie naciąć u podstawy i nałożyć opatrunek z pasty • małym stężeniu środka dezynfekującego:

Rp.	Rivanoli	1,0
	Pastae Lassari	100,0
lub	Ichtyoli	5,0
	Pastae Lassari	100,0
	M.D.S. Pasta.	

W początkowym okresie wytwarzania się owrzodzeń stosować 3 razy dziennie rozgrzewające okłady z płynu Aliboura:

Rp.	Cupri sulfurici	0,1
	Zinci sulfurici	0,4
	Spirit. camph.	1,0
	Aquae destill.	ad 300,0

M.D.S. Zewnętrznie.

Po zmiejszeniu się owrzodzenia — opatrunki 3 razy dziennie z 10% maści dermatolowej lub 15% maści streptocidowej na tranie.

III. ECZEMA

Eczema jest bardzo często spotykanym schorzeniem, które wskutek długotrwałości leczenia zajmuje w dermatologii poczesne miejsce. Występujące w tej chorobie zapalenie skóry jest spowodowane w stopniu znacznym czynnikami endogennymi.

Podział eczem na ostre i przewlekłe jest czysto dowolny, gdyż przewlekła eczema w odpowiednim czasie może dać zaostrzenie i przejść w swoich objawach klinicznych w postać ostrą lub podostrą (recydywy). Eczema nie jest chorobą zakaźną; endogenna zaś etiologia eczemy wymaga od leczącego lekarza indywidualnego podejścia do każdego wypadku.

Różnorodność etiologicznych czynników endogen-nych, wywołujących jednakowe objawy kliniczne zmusza do ujawnienia tych czynników drogą czę-styh badań laboratoryjnych moczu, kału, soku żo-ładkowego itp.

Eczeemy w swej ostrej formie zaczynają się zwykle jako zapalenie skóry, początkowo w postaci rumienia, do którego szybko dołączają się małe, liczne, swędzące pęcherzyki wypełnione wysiękiem.

Pęcherzyki te pękają, zlewają się z sobą — w ten sposób na całym schorzałym miejscu tworzy się moknąca i obrzęknięta powierzchnia. W wypad-kach tych nie wolno stosować maści, poleca się na-tomiast ochładzające, przeciwzapalne okłady z wo-dy Burowa (1 łyżka stołowa na szklankę zimnej, przegotowanej wody), aqua plumbi, 1% roztworu wodnego rezorcyny lub okłady z papki wg nastę-pującego przepisu:

Rp. Zinci oxydati	
Amyli Triticici	aa 30,0
Talci veneti	60,0
Aquae plumbi	300,0

M.D.S. Zmieszać przed użyciem.

Okłady należy zmieniać co 5 — 8 minut w ciągu 2 — 3 godzin. Zabieg ten należy powtórzyć po przer-wie dwugodzinnej.

Po ustąpieniu sączenia przejść można na maście (pasta Lassari).

W późniejszym okresie t. zw. chronicznym, jest widoczne na skórze przekrwienie zastoinowe i in-

filtracja a w jeszcze późniejszym zbliżającym się do wyleczenia — łuszczenie naskórka.

Przy eczemie przewlekłej stosujemy maść cynkową, pasty z zawartością 30% naphtalanu, 5 — 10% maść siarkowo-dziegciową lub maść Wilkinsona i inne preparaty dziegciowe, które dobrze działają w bardzo opornych przypadkach.

Jednocześnie z maściami, w zależności od etiologii, stosuje się dożylnie zastrzyki bromków, natrium hyposulfurosum, calcium chloratum; nie-swoiste leczenie bodźcowe, kąpiele siarkowe i siarkowodorowe (leczenie sanatoryjne w Busku, Solcu-Zdroju, Swoszowicach, Krzeszowicach).

W przypadkach przewlekłych, gdy nie ma skłonności do sączenia ze strony skóry, dobre wyniki daje rentgenoterapia.

IV. GRZYBICE SKÓRY

A. Grzybica strzygąca — Trichophytia jest wywołana przez grzybek *Trichophyton tonsurans*.

Zakażenie ludzi często następuje wskutek styczności ze zwierzętami. U dzieci następuje zwykle zajęcie niewłosionej skóry—jako grzybica powierzchowna, oraz uwłosionej części brody i wąsów — jako grzybica głęboka.

Zajęcie uwłosionej części głowy u dzieci charakteryzuje się obfitym wypadaniem włosów, które są chropowate i łamliwe.

Leczenie: Rentgenoterapia (dawka epilacyjna) wszystkich włosów głowy i następnie opatrunki z maści Wilkinsona oraz pełna epilacja, przy pomocy pincety wszystkich nie wypadłych po rentgenoterapii włosów.

Powierzchnowa grzybica strzygąca

U dzieci i dorosłych następuje zajęcie niewłosionej części skóry, pod postacią ognisk rumieniowo-złuszczających, dobrze odgraniczonych, kształtu okrągłego lub owalnego, z ledwo dostrzegalnymi małymi pęcherzykami na obwodzie i o bardziej gładkiej i lśniącej powierzchni środkowej.

Leczenie: Zajęte części skóry smarować 3 razy dziennie nalewką jodową lub silnie złuszczającymi maściami z 5 — 10% Acidum Salicylicum lub też maścią Wilkinsona, w ciągu 3 dni.

Głęboka grzybica strzygąca

Jest to schorzenie długie i oporne, charakteryzujące się głębokimi twardymi ogniskami, z których przy ucisku poprzez liczne przetoki wydobywa się gęsta ropa.

Leczenie: rozgrzewające kompresy z Liq. Burowi lub Aqua Plumbi. Po ustąpieniu zaś ostrych objawów smarować 2 — 3 razy dziennie 1% roztworem alkoholowym zieleni brylantowej i stosować zwykłe leczenie przeciwgrzybkowe. Chorem z grzybicą zabrania się stykania z koźmi. W razie licznych ognisk na skórze twarzy, należy zrobić epilację rentgenowską.



B. Grzybica woszczynowa — favus

Wywołana jest przez grzybek *Achorion Schoenleini*. Często spotyka się u dzieci, rzadziej u dorosłych, na uwłosionej części głowy, gdzie tworzą się suche, żółte kubki (*Scutulum flawi*) z charakterystycznym wgłębieniem w środku. Włosy suche mają swoisty zapach myszy.

Leczenie: takie jak i przy grzybicy strzygącej głowy uwłosionej.

C. Grzybica naskórkowa — epidermophytia

Jest wywołana przez grzybek *Epidermophyton*. Może wystąpić na każdym odcinku skóry, lecz najczęściej umiejscawia się na fałdach nieuwłosionej skóry oraz między palcami nóg. Nadmierne poty nóg i maceracja skóry są częstym czynnikiem przyspieszającym wtargnięcie grzybka. Często również przyczyną tej grzybicy jest zakażenie drewnianymi podnóżkami w łaźniach, dlatego też należy zwrócić uwagę na częste odkażanie tych podnóżków. Początkowo, gdy występują ostre objawy zapalne, trudno różnicuje się ze zwykłym odparzeniem, opisanym wyżej w rozdziale zapaleń skóry.

Leczenie: podczas sączenia poleca się okłady ze słabego roztworu nadmanganianu potasu lub wody Burowa (1 łyżka stołowa na szklankę zimnej przegotowanej wody), a po zmiejszeniu się ostrego zapalenia — pędzlowania między palcami 1% wod-

nym roztworem zieleni brylantowej i następnie zastosowanie maści o zawartości 2% kwasu salicylowego. Dobrze wyniki daje pędzlowanie chorych miejsc 10-krotnie rozcieńczoną nalewką jodową.

W tych wypadkach, gdy wskutek grzybicy naskórkowej, na podeszwach tworzą się rogowe, lite masy, przypominające stwardnienie, (odmiana rogowa) poleca się następującą maść keratolityczną:

Rp. Acidi lactici	6,0
Acidi salicylici	12,0
Vaselini flavi ad	100,0
.M. f. ung. D.S. Maść.	

V. PASOŻYTNICZE CHOROBY SKÓRY.

A. Scabies — Świerzb

Jest wywołany przez kleszcza, pasożyta zwierzęcego, po okresie wylęgania trwającym 12 — 20 dni, latem krótszym a zimą dłuższym.

Lokalizuje się na skórze między palcami, na wewnętrznej powierzchni stawów, po stronie zgina-czy a w zaniedbanych wypadkach i na tułowi-u oraz na członku, gdzie występuje w postaci krostek świerzbowych. Szyja i twarz zwykle nie są zajęte.

Do innych objawów należą: pęcherzyki wypeł-nione przeźroczystym wysiękiem, które w na-stępstwie swędzenia i drapania przechodzą w kro-sty i małe guzki. W niektórych wypadkach można stwierdzić kanały kleszcza jako ciemne, pozałamy-wane linie.

Leczenie: poleca się następujące:

1. Rp. 30% Ung. sulfuratum.

2. Rp. Sulfur. ppti	20,0
B-naphtoli	5,0
Balsami peruviani	20,0
Vaselini flavi ad	100,0

M. f. ung. D. S. Maść

3. Rp. Balsami peruviani	
Spiritus vini	aa 100,0

D. S. Zewnętrznie.

4. Rp. Balsami peruviani	30,0
Adipis benzoati	70,0

M.D.S. Zewnętrznie.

5. Rp. Sulfur. flor.	
Ol. Fagi	aa 40,0
Cretae albae	5,0
Sapon. virid.	
Adipis benzoati	aa 80,0

M.D.S. Ung. D. S. Maść.

Wcieranie maści powinno przeprowadzać się w ciągu 3 — 4 dni, po 2 — 3 razy dziennie. Niezależnie od lokalizacji procesu naciera się całe ciało, za wyjątkiem szyi i głowy. Maść wciera się do sucha w przeciągu 15 — 20 minut. W czasie leczenia chory nie kąpie się i nie zmienia bielizny. Następnie chorego poddaje się „sanitarnemu opracowaniu”. Brudną bieliznę, zarówno osobistą jak i pościelową, należy koniecznie wygotować, wyprać i wyprasować, a odzież wierzchnią poddać dezynfekcji. Osoby, które znajdują się w bliskim kontakcie

z chorym, (śpią razem) poddaje się również leczeniu.

Leczenie nieskomplikowanych wypadków świerzbu (bez ropnego zapalenia skóry) można też przeprowadzić skróconą metodą prof. Demianowicza

W tym celu przygotowuje się 2 roztwory:

I roztwór: sol. Natrii hyposulfurosi	60% — 500,0
II roztwór: sol. Acidi muriatici	6% — 500,0

Chory w przeciągu 15 minut energicznie naciera ręką całe ciało I roztworem, następnie po 10 minutowej przerwie dokładnie tak samo naciera całe ciało II roztworem. Po 10 minutowej przerwie cały ten zabieg powtarza się znowu, tj. chory naciera jednym i drugim roztworem całe ciało po 15 minut, z 10 minutową przerwą po każdym nacieraniu. Po ukończeniu wcierania chory zmienia bieliznę, lecz kąpie się dopiero następnego dnia.

Ponieważ działającym czynnikiem, zabijającym kleszcze świerzbowca, jest siarka „in statu nascenti”, nie wolno mieszać roztworów.

Dezynsekcję odzieży, bielizny, pościeli i obserwację osób stykających się z chorym, przeprowadza się w taki sam sposób, jak przy leczeniu maścią Wilkinsona. Zaobserwowane czasem po leczeniu, niewielkie swędzenie skóry lub stan zapalny, przechodzą same lub po kilkakrotnych smarowaniach obojętną maścią i przysypce talkiem.

Ze wszystkich sposobów leczenia najszybszym jest sposób profesora Demianowicza. Należy zaznaczyć, iż ta metoda daje dobre rezultaty wtedy,

gdy oba cykle wcierania przeprowadza się pod kontrolą wykwalifikowanego personelu lekarskiego, który nie tylko dogląda wcierania, ale sam je wykonuje, zwłaszcza w częściach ciała niedostępnych dla chorego. Świerzb jest chorobą bardzo zaraźliwą, dlatego w razie pojawienia się tej choroby w jednostce, chorego należy izolować, umundurowanie, pościel, bieliznę podać dezynfekcji; osoby stykające się z chorym również izolować, pozostawiając pod obserwacją w ciągu 3 — 4 tygodni. Chorzy na świerzb, którzy zostali wyleczeni przed wcieleniem do jednostki, podlegają również obserwacji w ciągu tego samego okresu.

B. Wszawica łonowa.

Sądząc wg nazwy, najczęściej usadawia się na uwłosionej części wzgórka łonowego. W zaniedbanych jednak przypadkach występuje także pod pachami i we włosach piersi i brzucha.

Leczenie: przedewszystkiem ogolenie włosów, a następnie wcieranie szarej maści (Ung. Hydrargyri cinerei simpl. 10.0) 2 — 3 razy dziennie w przeciągu dwóch dn', po czym kąpiel.

Poleca się także roztwór sublimatu w occie:

Rp. Hydrargyri bichlorati corrosivi 1,0
Aceti communis 300,0

M.D.S. Zewnętrznie.

Wcierać 2 — 3 razy dziennie w ciągu 2 dni, po czym kąpiel.

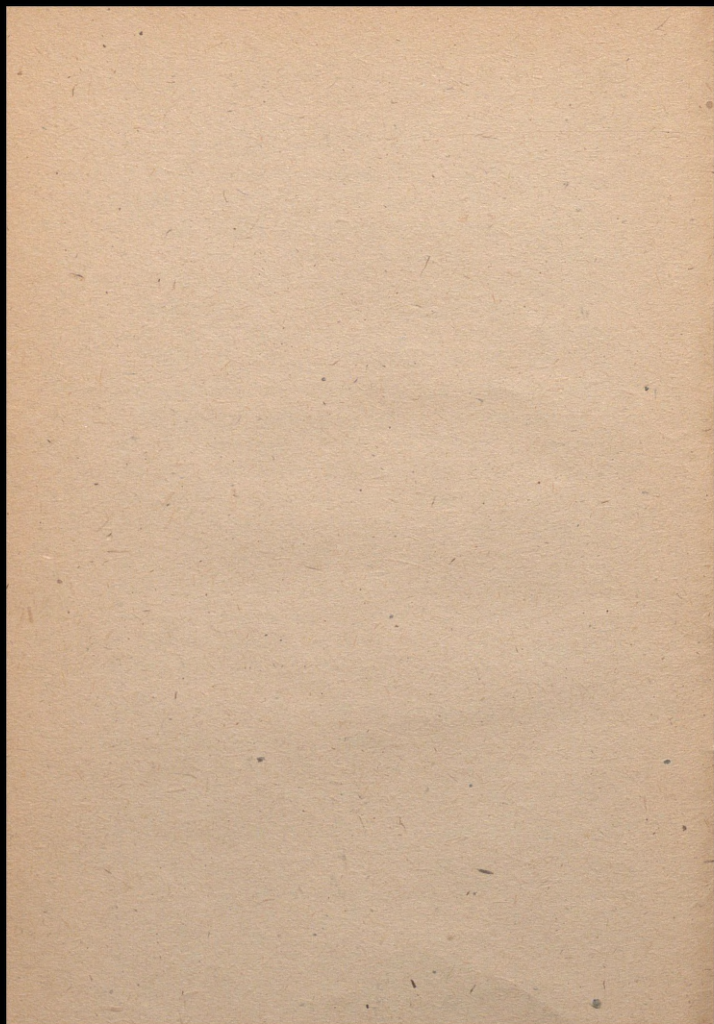
Niewielkie zapalenia skóry, po stosowaniu tych środków poleca się leczyć maścią cynkową.

C. Wiesz głowowa.

Leczenie: u mężczyzn ostrzyżenie włosów głowy, u kobiet — skrócenie, po czym umyć głowę mydłem dezynfekcyjnym (mydło siarkowe lub dziegciowe) i wcierać:

Rp. Ol. Petrae	
Ol. Olivarum	aa 50,0
lub	
Rp. Aceti Sabadillae	100,0

Pozostałe u kobiet często po leczeniu wszawicy-gnidy usuwa się przez wyczesywanie gęstym grzebieniem z nałożoną watą, maczaną w gorącym occie.



Choroby Weneryczne

I. KRÓTKI ZARYS DIAGNOSTYKI I LECZENIA RZEŻĄCZKI U MĘŻCZYZN

Najpewniejszym sposobem rozpoznawania ostrej rzeżączki jest mikroskopowe badanie wydzieliny z cewki moczowej i stwierdzenie w niej gonokoków Neissera. Do czasu wykonania badania mikroskopowego można stwierdzić ze znacznym prawdopodobieństwem rzeżączkę ostrą na podstawie:

a) anamnezy, z której wynika, że wydzieliła ropna pojawiła się w 3 — 5 dni po stosunku (najczęstszy okres wylęgania).

b) obrazu klinicznego: zaczerwienienie, obrzęk a nawet i nadżarcie brzegów cewki (zwłaszcza w bardzo ostrym okresie) oraz ropna lub surowiczo-ropna kropla, wydzielająca się z wnętrza cewki przy lub bez ucisku. W tych wypadkach pierwsza porcja moczu jest zwykle mętna, z dużą ilością ropnych kłacek i nitek.

c) objawów subiektywnych: uczucie szczypania i rżnięcia na początku oddawania moczu, częste i czasami bolesne wzwody nocne.

Należy jednak pamiętać, że te obiektywne i subiektywne objawy nie zawsze są jednakowo u wszystkich chorych wyrażone.

Często objawy te pojawiają się w bardzo słabym stopniu.

Na podstawie obserwacji chorych w okresie powojennym stwierdzono, że u znacznej ilości chorych na rzeżączkę ostrą objawy przebiegały nietypowo dla tej choroby, przy dłuższym okresie wylegania, dochodzącym do 6 — 10 dni.

Można twierdzić, że rzeżączka w okresie powojennym przyjęła charakter choroby o słabo wyrażonych objawów obiektywnych.

Leczenie rzeżączki u mężczyzn.

W czasie ostatniej światowej wojny najlepszymi środkami do leczenia rzeżączki okazały się preparaty sulfamidowe i sulfapyridynowe. Takie leczenie, dające w większości wypadków dobre wyniki nawet bez zwykłych przemysłań metodą Janeta, cieszyło się wielką popularnością nie tylko wśród lekarzy lecz także wśród licznych osób wojskowych i cywilnych.

W rezultacie tego, rzeżączkę zaczęto uważać za chorobę lekką, leczącą się tymi preparatami w ciągu 4 — 5 dni, co w końcu światowej wojny i na początku okresu powojennego jeszcze więcej nasiliło wzrost chorób wenerycznych, gdyż gwarantowane leczenie sulfidyną jeszcze więcej sprzyjało lekkomyślnym wypadkowym stosunkom płciowym.

W rezultacie nieracjonalnego i nieumiejętnego stosowania przez chorych w czasie „samoleczenia” preparatów sulfamidowych, jak również we wszystkich wypadkach, gdzie sulfidyna ma zastosowanie, gonokok Neissera stopniowo jakby zmienił swoje biologiczne własności i stał się opornym na leczenie tymi preparatami. Wielu autorów wskazuje na dużym materiale powstanie sulfamidoopornych szczepów gonokoków, w tych wypadkach gonokoki są mniejsze, często otorbione, szybko giną przy posiewach, wylęgając się gorzej niż zwykle gonokoki.

Prof. Krzyczewski stwierdził, że takie atypowe kultury przy powtórnych przesiewach udaje się w 69% przypadków przeprowadzić w zwykły banalny typ gonokoka.

Można przyjąć, iż te nowe szczepy gonokoków, są przyczyną wszystkich tych zmian w obrazie klinicznym i wywołują dłuższy okres wylęgania ostrej rzeżączki. W związku z tym, rozpoczynając leczenie ostrej rzeżączki, niezależnie od tego, czy były czy nie były stosowane preparaty sulfamidowe, trzeba organizm chorego przygotować do leczenia tymi preparatami kuracją bodźcową w postaci wstrzykiwań mleka, szczepionki gonokokowej lub lepiej jednocześnie mleka wraz z szczepionką (wg metody Tansara) lub zastrzykami 10% Ol. Terebinthinae rectific. pur. w tłuszczu.

Te i inne zastrzyki robi się 3 — 4 razy z przerwami 2 — 3 dni w zależności od reakcji i samopoczucia chorego.

Mleko dawkuje się: I — 3.0
II — 5.0
III — 7.0
IV — 10.0

Ol. *Terebinthinae* do zastrzyków stosuje się wg recepty wskazanej w rozdziale o leczeniu głębokiej pyoderмии.

dawkuje się: I — 0.5 emulsji
II — 0.75 „
III — 1.0 „
IV — 1.25 „

Ogółem wstrzykuje się 3 — 4 razy z takimi przerwami jak i mleko. Podobnie stosuje się domięśniowo szczepionkę gonokokową w dawkach:

I — 200 milionów bakterii
II — 500 „ „
III — 1 miliard „
IV — 1 miliard „

Opisane swoiste i nieswoiste leczenie odpornościowe poleca się stosować od pierwszego dnia leczenia. Dopiero po ukończeniu tego przygotowania można stosować sulfamidy.

W wypadku, jeśli chory przed skierowaniem do szpitala otrzymał preparaty sulfidynowe bez rezultatu, należy stosować preparaty sulfa-

thiazolowe. W czasie sulfamidoterapii należy zwiększyć podawanie płynów oraz zastosować dietę alkaliczną (mleczną, jarzynową, węglowodanową). Podawanie choremu w czasie sulfamidoterapii siarki jest zabronione, jeśli zaś zachodzi potrzeba zastosowania środka n. p. czyszczącego należy wybrać Ol. Ricini a nie Natrium sulfuricum.

Schematy leczenia

A. Streptocidum album — na kurs 36,0 t. j. w przeciągu 10 dni 6 razy na dobę po 0,6 (dzień i noc).

B) Sulfidin — na kurs 18,0

I dzień — 6,0 (à 0,5 — 12 razy na dobę)

II „ — 5,0 (à 0,5 — 10 „ „)

III „ — 4,0 (à 0,5 — 8 „ „)

IV „ — 3,0 (à 0,5 — 6 „ „)

C) Cibasol lub Eleudron na kurs 20,0

1 i 2 dzień — à 6,0 (0,5 — 12 razy na dobę
co dwie godz.)

3 dzień — à 5,0 (0,5 — 10 razy na dobę)

4 dzień — à 3,0 (0,5 — 6 razy na dobę)

Niezależnie od wyboru preparatu leczenie należy prowadzić dokładnie wg schematu. Wszystkie schematy są obliczone na doustne przyjmowanie preparatów. Dożylnych zastrzyków preparatów sulfamidowych, jako działających znacznie słabiej, nie zaleca się.

Leczenie miejscowe

Polega na przemywaniach metodą Janeta, którą należy stosować przez cały czas leczenia bodźcowego i przyjmowania preparatów sulfamidowych. Przemywania lepiej zacząć po upływie 3 — 4 dni po pojawieniu się wycieku. Przemywać należy codziennie roztworem nadmanganianu potasu koncentracji 1 : 10.000 do 1 : 5.000 o temperaturze 40 stopni. W ciągu pierwszych 2 — 3 dni należy przemywać przednią cewkę, a po zmniejszeniu się ostrych objawów przejść do głębokich przemywań, które należy kontynuować aż do ukończenia przyjmowania preparatów sulfamidowych.

Następnie leczenie przerywa się, a chory pozostaje pod obserwacją w przeciągu 5 — 8 dni.

W wypadkach braku objawów klinicznych po 3 — 4 dniach przerwy (brak wycieku z cewki moczowej, mocz przezroczysty) od ukończenia leczenia, przeprowadzić prowokację.

1) wstrzyknąć do cewki moczowej 5 cm³ sol. Argentinirici 0,5%, jednocześnie wstrzyknąć domięśniowo 500 milionów bakterii szczepionki gonokokowej.

Po dwudniowej przerwie druga prowokacja:

2) wstrzyknąć do cewki moczowej 5 cm³ sol. Argentinirici 1% i jednocześnie domięśniowo — 1 miliard szczepionki.

W wypadku braku objawów klinicznych rzeźączki, potwierdzonych ujemnymi wynikami badań

mikroskopowych wydzielin na dwoinki Neissera leczenie uważa się za ukończone a choremu zabrania się w ciągu 2 tygodni stosunków płciowych.

W wypadku stwierdzenia po prowokacji recydywy rzeżączki, potwierdzonej dodatnimi wynikami badań mikroskopowych na gonokoki, leczenie należy kontynuować w dalszym ciągu.

Zwrócić należy wtedy szczególną uwagę na stan gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych i gruczołów cewkowych, zajęcie których zwykle przedłuża okres leczenia. Po 3 — 4 dniach przerwy rozpocząć na nowo przygotowania bodźcowe chorego jak poprzednio i zastosować drugie uderzenie sulfamidowe. Z chwilą rozpoczęcia przygotowania bodźcowego stosować jednocześnie płukanie Janneta roztworem nadmanganianu potasu lub lepiej przejść na roztwór Argenti nitrici w wodzie destylowanej, w stężeniu 1 : 10.000 do 1 : 4.000.

Takie leczenie miejscowe prowadzić aż do ukończenia sulfamidowego, po czym chorego jak poprzednio poddać prowokacjom.

W czasie leczenia ostrej rzeżączki chorzy powinni przestrzegać następujących przepisów:

- a) nie pracować ciężko fizycznie;
- b) unikać pobudzeń i stosunków płciowych;
- c) bezwzględnie nie używać napojów alkoholowych;
- d) przestrzegać obowiązkowej higieny narządów płciowych i mycia rąk po oddaniu moczu;

e) zabronić wyciskania ropy z cewki i bandażowania członka;

f) przestrzegać diety alkalicznej.

Naruszenie tych przepisów i nieprawidłowo przeprowadzona Janetyzacja może doprowadzić do ciężkich powikłań rzeżączkowych, dlatego też Janety może robić tylko osoba należycie władająca techniką zabiegu.

POWIKŁANIA RZEŻĄCZKI U MĘŻCZYZN

A. Ostre rzeżączkowe zapalenie najądrza — zaczyna się zwykle od bólów w pachwinie i wzdłuż przebiegu powrózka nasiennego.

Szybko następuje obrzęk i silna bolesność najądrza. Skóra moszny w okolicy najądrza ulega silnemu zapaleniu a temperatura ciała wzrasta do 39 — 40 stopni. Częściej występuje zapalenie najądrza jednostronne, rzadziej obustronne.

Leczenie: Chorego należy położyć do łóżka oraz stosować laktoterapię razem ze szczepionką gonokokową (wg Tansara), okłady z roztworu wody Burowa lub Aqua Plumbi i czopki z Extr. Belladonnae lub z morfiną. Po zmniejszeniu się ostrych objawów i bolesności stosować wodne rozgrzewające kompresy najlepiej z jodwazogenem zmieniane 3 razy dziennie. Z chwilą pojawienia się zapalenia najądrza Janetyzację przerywa się aż do całkowitej likwidacji ostrych objawów i spadku temperatury do normy. Po prze-

prowadzeniu odpowiedniego przygotowania bodźcowego (jak poprzednio) zastosować uderzenie sulfamidowe wg jednego z wyżej podanych schematów.

B. Ostre rzeżączkowe zapalenie gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych charakteryzuje się silnymi bólami w okolicy kroczu, ostrym zatrzymaniem moczu, gorączką do 40° C.

● Często wskutek istnienia sulfamidoopornych szczepów gonokoków nie wszystkie wyżej opisane objawy występują typowo, a zwłaszcza zapalenie gruczołu krokowego, które w ostatnim okresie powojennym przebiega bez ostrych objawów subiektywnych.

Leczenie: Łóżko, czopki z narkotykami, gorące nasiadówki, ciepłe irygacje do odbytnicy 3 razy dziennie, swoiste i nieswoiste leczenie bodźcowe, na zakończenie sulfamidoterapia. **J a n e t y z a c j a** w okresie ostrych objawów jest wzbroniona.

C. Ostre rzeżączkowe zapalenie stawów jest stosunkowo rzadkim powikłaniem rzeżączki. Zwykle następuje zapalenie pojedynczego stawu, najczęściej kolanowego, skutkiem przeniknięcia do tego stawu z prądem limfy gonokoków **N e i s s e r a**.

Leczenie: Łóżko, swoiste leczenie bodźcowe, miejscowe stosowanie ciepła we wszelkich postaciach. Po zmniejszeniu się zaś ostrego stanu zapalnego leczenie fizykoterapią z zastosowaniem

wszelkich zabiegów niedopuszczających do zeszczywnienia stawu. Z chwilą ukończenia leczenia bodźcowego przeprowadzić sulfamidoterapię.

D. Krótkie uwagi o leczeniu przewlekłej rzeżączki u mężczyzn

Pamiętać należy, że niema granicy pomiędzy ostrą i przewlekłą rzeżączką. Rzeżączka przewlekła jest to proces chorobowy, przedłużający się z powodu zakażenia gonokokowego gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych i gruczołów cewkowych.

Dlatego też rzeczą konieczną jest wczesne ujawnienie schorzeń tych narządów oraz przeprowadzenie odpowiedniego leczenia jak: masaże gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych oraz masaże gruczołów cewki na sondzie metalowej i t. d.

Przed przeprowadzeniem sulfamidoterapii, podobnie jak przy ostrej rzeżączce jest konieczne odpowiednie przygotowanie bodźcowe, jednak liczba zastrzyków powinna być podwyższona do 6 — 8, po czym dopiero przeprowadza się uderzenie sulfamidami wg jednego ze schematów. W czasie leczenia przewlekłej rzeżączki należy robić głębokie płukanie Janela roztworami lapisu w wodzie destylowanej o koncentracji silniejszej niż w rzeżączce ostrej.

Po ukończeniu leczenia należy bezwzględnie, przeprowadzić 3-krotne prowokacje.

II. RZEŻĄCZKA U KOBIET

Ostra rzeżączka u kobiet objawia się rznięciem przy oddawaniu moczu, bólami w dole brzucha, zaczerwienieniem ujść gruczołów Bartholina, naciekiem gruczołów Skenego z wydzielaniem się z nich ropy oraz ropną wydzieliną z cewki i pochwy.

Nie zawsze jednak rzeżączka u kobiet ma taki przebieg kliniczny. Często bowiem brak powyższych objawów, zwłaszcza w okresie podostrej a tym bardziej przewlekłej rzeżączki.

Ujawnienie rzeżączki u kobiety, podczas badania w czasie konfrontacji, jest bardzo trudne nawet po zastosowaniu szeregu prowokacji. Dlatego też u kobiet należy uważnie obserwować ujścia gruczołów Bartholina i Skenego, śluzówkę kanału szyjki macicznej, gdzie wskutek silnie rozgałęzionych gruczołów gonokoki Neissera mają możliwość długiego utrzymania się.

Najbardziej odpowiednim czasem do ujawnienia gonokoków jest okres menstruacji oraz 2 — 3 dni przed i po menstruacji.

Wskazania do leczenia rzeżączki u kobiet są szersze niż u mężczyzn. O ile bowiem u mężczyzn leczenie rzeżączki przeprowadza się tylko w razie wykrycia gonokoków w wydzielinie, o tyle u kobiet wskazania te są następujące:

a) bakteriologiczne — wykrycie gonokoków;

3. Choroby siórnne i weneryczne.

b) kliniczne — stała ropna wydzielina w dużej ilości, nadżerka na szyjce macicznej, zapalenie gruczołów Bartholina;

c) anamnestyczne — choroba u męża, zakażenie innej osoby;

d) socjalne — zawód czyniący podejrzenia istnienia rzeżączki prawdopodobnym: prostytutki, fordanserki itp.

Leczenie u kobiet rzeżączki. — ostrej i przewlekłej przeprowadza ginekolog z obowiązkową, regularną konsultacją z wenerologiem. W okresie ostrym — spokój, higiena narządów płciowych i czopki narkotyczne do odbytnicy.

Po ustąpieniu objawów ostrych: irygacje z roztworu nadmaganianu potasu 1: 8000 oraz codzienne przemywanie cewki moczowej tym samym roztworem, zwiększając stopniowo jego stężenie do 1: 4000. Po przemyciu cewki przylapisać ją 1% sol. Argenti nitrici. Rozpoczynając leczenie, należy zwrócić uwagę na często występującą u kobiet rzeżączkę odbytnicy, którą leczy się lewatywami z 1% sol. Argenti nitrici lub sol. Protargoli 5% w ilości 10 — 15 cm³. Zapalenie szyjki macicznej leczy się irygacjami sol. Kalii permanganici 1: 8000 codziennym zakładaniem tamponów pochwowych z 5% sol. Protargoli oraz wstrzykiwaniami co drugi dzień w śluzówkę macicy własnej krwi chorej w ilości 10 cm³ na zastrzyk. W razie dalszego posuwania się rzeżączki (adnexitis) stosuje się zwykle lecze-

nie ginekologiczne, oraz zastrzyki domięśniowe szczepionki gonokokowej.

W czasie ostrych objawów rzeżączki wstępującej przerywa się chwilowo wszelkie aktywne leczenie niżej położonych odcinków narządów moczopłciowych.

Sulfamidoterapię przeprowadza się po uprzednim przygotowaniu chorej wg takiego samego schematu, jak w leczeniu rzeżączki u mężczyzn.

Pamiętać jednak należy, że zarówno u mężczyzn jak i u kobiet nie zawsze jest rzeczą konieczną i obowiązkową stosowanie związków sulfamidowych. W wypadku kilkukrotnego leczenia się przez samego chorego lub przez lekarzy preparatami sulfamidowymi bez pozytywnego wyniku, należy przejść na zwykłe leczenie metodą Janeta i terapię bodźcową. Leczenie rzeżączki u mężczyzn i kobiet powinno być traktowane indywidualnie, aby przez podawanie sulfamidów nie wyrządzić choremu szkody.

Leczenie rzeżączki peniciliną

Do leczenia rzeżączki używamy suchego preparatu peniciliny, który wg prac licznych autorów i naszych obserwacji wykazuje działanie stymulujące; chory czuje się jakby lepiej, apetyt się poprawia. W dniu przyjmowania peniciliny występuje zwykle u chorych zahamowanie odczynu **Biernackiego**.

W Polsce, na klinice **prof. Grzybowskiego** w Warszawie oraz w Szpitalu Okręgowym Nr 1 i w Głównym Szpitalu Klinicznym Wojska Polskiego jesienią 1945 r., przystąpiono do leczenia rzeżączki w dość szerokim zakresie.

We wszystkich przypadkach leczenie prowadzi się drogą zastrzyków domięśniowych, gdyż przy stosowaniu dożylnym penicilina szybko się wydala, nie dając odpowiedniej koncentracji w organizmie a przy podaniu doustnym rozkłada się w kwasocie soku żołądkowego.

W szpitalu Okręgowym Nr 1 i w Głównym Szpitalu Klinicznym W. P. penicilina stosowana była w sposób następujący: po zdjęciu z flakonu metalowej pokrywki i odrzuceniu pincetą cienkiej metalowej blaszki, wlewa się przez kapsel gumowy igłą Recorda 20,0 g sterylizowanego roztworu fizjologicznego soli kuchennej (0,85%) o temperaturze 10 stopni. Sucha penicilina szybko rozpuszcza się w tym roztworze i wyglądem swoim przypomina roztwór neosalwarsanu. W ten sposób 100.000 jednostek oksfordzkich peniciliny rozpuszcza się w 20 g roztworu, przez co otrzymuje się w 1,0^g płynu 5000 jednostek.

Chory otrzymuje w ciągu jednego dnia 5 domięśniowych zastrzyków po 4,0 g roztworu (20.000 jednostek) na każdy zastrzyk z przerwami co 3 godziny. Podając penicilinę, nie stosuje się ani leczenia miejscowego ani wewnętrznego. Po leczeniu peniciliną poddaje się chorego obserwacji w ciągu 8

10 dni, w czasie której przeprowadza się zwykle prowokacje i badania mikroskopowe. Stosując tę metodę leczenia, w wyżej wymienionych szpitalach W. P. wyleczono rzeżączkę w 99% przypadków.

Podobny wynik osiągnął w Uniwersyteckiej Klinice chorób skórnych i wenerycznych w Warszawie **prof. Grzybowski**, który poleca na kurację nie 100 lecz 80 tysięcy jednostek peniciliny, t. zn. 4 zastrzyki po 4,0 g z przerwami co 3 godziny. Metodą tą osiągnął wyleczenie prawie w 100% rzeżączki ostrej, przewlekłej, powikłanej i sulfamidoodpornej, zarówno u mężczyzn jak i u kobiet.

U dzieci do lat 5 **prof. Grzybowski** poleca 60 — 80 tysięcy (15 — 20 tysięcy jednostek 4 razy dziennie co 3^o godziny).

W wypadku jeśli leczenie peniciliną nie dało dobrych wyników poleca **prof. Grzybowski** drugie uderzenie peniciliną wg następującego przepisu: 6 razy dziennie po 4,0 g (20.000 jednostek) co 3 godziny czyli razem 120.000 jednostek peniciliny, podając równocześnie sulfathiasol lub podobne związki sulfamidowe w ogólnej dawce 8,0 g preparatu dziennie (8 razy dziennie co 2 godziny po 2 tabletki a 0.5).

Ponieważ, jak wynika z naszych obserwacji, dawka 100 i 80 tysięcy jednostek peniciliny daje jednakowy procent wyleczenia rzeżączki, można zalecić schemat **prof. Grzybowskiego** jako bardziej ekonomiczny.

III. KIŁA (LUES, SYPHILIS))

Kiła wywołana jest przez krętek blady **Spirochaeta pallida Schaudinna**); okres wylęgania trwa 3 — 4 tygodnie. W końcu tego okresu tj. tak zwanego I okresu wylęgania powstaje w miejscu przeniknięcia krętka bladego jedno lub równocześnie kilka owrzodzeń z wyraźnym naciekiem (induratio) u podstawy; naciek ten konsystencją swoją często przypomina chrząstkę. Owrzodzenie jest niebolesne. Rozpoznanie owrzodzenia jako szankra twardego na podstawie tylko wyglądu zewnętrznego lub konsystencji jest dość trudne, gdyż szanker w zależności od miejsca wystąpienia może być rozmaitego wyglądu, rozmaitego wymiaru a nawet może być bez wyraźnego nacieku. Dlatego konieczne jest w każdym wypadku uważne badanie surowiczej wydzieliny owrzodzenia na krętki blade. W wypadkach, w których rozpoznanie choroby nie zostało jeszcze ustalone nie wolno stosować leczenia miejscowego a zwłaszcza przyżegania lapisem, gdyż zmiany wywołane przyżeganiem mogą naśladować naciek swoisty. Pamiętać również należy, że negatywny wynik badania na krętki blade, nie wyklucza istnienia szankra twardego.

Po 4 — 6 dniach okoliczne gruczoły limfatyczne powiększają się, są twarde, niebolesne, bez skłonności do ropienia, skóra nad nimi jest niezmieniona. Charakterystyczny obrzęk gruczołów okolicznych oraz wygląd owrzodzenia, podejrzany na szankra twardego, należą do najbardziej cennych objawów diagnostyki kiły.

Ten okres choroby nazywamy kiłą pierwszorzędowną czynną (**lues I activa**).

Dodatni odczyn Wassermana, występuje dopiero po upływie 2 — 3 tygodni od chwili pojawienia się szankra. Wobec czego rozróżniamy: **lues I seropositiva** i **lues I seronegativa**.

Z chwilą pojawienia się wrzodu twardego rozpoczyna się II okres wylęgania ciągnący się około dwóch miesięcy, a czasami i dłużej.

W wypadku niezastosowania specyficznego leczenia następuje po tym okresie drugie stadium kiły (**lues II recens**). Ten okres charakteryzuje się różnopostaciową i uogólnioną wysypką (*roseolae*, *papulae*, *pustulae*) umiejscowioną na narządach płciowych, symetrycznie na tułowie, na powierzchniach kończyn od strony zginaczy, na twarzy, owłosionej części głowy (wyłysienie swoiste), szyi (**leucordema**) i śluzówce gardła (**angina syphilitica**).

Niektóre wysypki kiłowe umiejscowione na powierzchniach ocierających się narządów płciowych i okolicy odbytnicy z powodu ścizenia wyraźnie zmieniają swój swoisty obraz.

Po zniknięciu wysypki następuje okres utajenia kiły (**lues II latens**) ciągnący 3 — 4 lata. W tym okresie przy braku leczenia mogą nastąpić nawroty (**lues II recediva**), przejawiające się cięższą lecz mniej wyraźną niż przy **lues II recens** wysypką wielopostaciową.

Po ukończeniu II okresu następuje okres kiły trzeciorzędowej (**lues III**), który bez leczenia ciągnie

się nieograniczenie długo. W tym okresie następuje zajęcie kości, okostnej, wytwarzanie się pełzających, kilakowatych owrzodzeń skóry oraz zmiany ze strony centralnego układu nerwowego.

Pomocniczym środkiem diagnostycznym jest reakcja **Wassermana**. Jest to reakcja złożona, osnuta na podstawie wiązania dopełniacza. Pozytywny wynik reakcji **Wassermana** nie zawsze stwierdza lues, gdyż RW w granicach $\pm$ lub $++$ obserwuje się przy malarii, gruźlicy i innych chorobach. Ujemny odczyn Wassermana także nie wyklucza istnienia kily u chorego, zwłaszcza w okresie późnym, gdzie w 60% reakcja RW bywa ujemna.

A. Leczenie kily

W okresie lues I seronegativa można ograniczyć się do trzech kuracji pod warunkiem jednak, iż rozpoznanie było postawione w odpowiednim czasie i leczenie zostało rozpoczęte w pierwszych 2 — 3 dniach od chwili wystąpienia twardego szankra.

W przeciwnym wypadku oraz we wszystkich innych przypadkach tej choroby należy zastosować 6—7 kuracji. Leczenie powinno być intensywne, systematyczne oraz mieszane salwarsanowo-rtęciowe.

W pierwszych kuracjach należy stosować neosalwarsan i bizmut, a w ostatnich 1 — 2 kuracjach leczenie rtęciowo-salwarsanowe.

W późnym, III okresie kily poleca się oprócz tego preparaty jodu. Przerwy między pierwszą

i drugą kuracją powinny wynosić nie więcej niż cztery tygodnie, następnie zaś stopniowo przedłuża się je, lecz nie dłużej niż do dwóch miesięcy.

Spośród wszystkich środków specyficznych na pierwszym miejscu leczniczego działania należy postawić preparaty salwarsanu a mianowicie:

Novarsenol, Neosalvarsan, Novarsenobensol, Mopharsen, którego jednorazowa maksymalna dawka jest 10 razy mniejsza od innych preparatów arsenowych, **Myoarsenol i Sulfarsolan** do zastrzyków domięśniowych, w tych wypadkach, gdzie nie można wykonać zastrzyków dożylnych, **Acetylarsan** do zastrzyków domięśniowych oraz **Osarsol** do użytku wewnętrznego.

Schemat leczenia preparatami salwarsanu.

1 dnia	zastrzyk dożylny	0,15
3	„ „ „	0,3
7	„ „ „	0,45
12	„ „ „	0,6 (u kobiet 0,45)

W dalszym ciągu podaje się co 5 dni 0,6 — u kobiet 0,45.

Ogółem mężczyźni otrzymują na kurację 5,0 — 5,5 kobiety zaś 4,5 — 5,0 neosalvarsanu.

W późnych okresach kłły (**lues II — latens** z okresem 5 — 6 lat, **Lues III**) ograniczamy się do 4,0 neosalvarsanu na kurację.

Zastrzyków neosalvarsanu zasadniczo nie wykonuje się tego samego dnia co bizmutu lub rtęci, lecz jeżeli chory z kiłą utajoną dobrze znosi leczenie a ilość wizyt ambulatoryjnych trzeba zmniejszyć, możemy wtedy stosować jednocześnie podawanie neosalvarsanu i bizmutu wg schematu:

Dzień	Neosalvarsan	Biochinol
1	—	3,0
4	0,3	5,0
9	0,45	5,0
14	0,6	6,0
20	0,6	6,0
26	0,6	6,0
32	0,6	6,0
38	0,6	6,0
44	0,6	6,0
50	0,6	6,0
10 zastrzyków	4,95	55,0

Należy pamiętać, że najpierw wstrzykuje się do żylnie neosalvarsan a po 20 — 30 minutach biochinol domięśniowo.

Osarsol i Stovarsol stosuje się w wypadku nie tolerancji na inne preparaty arsenowe lub przy znacznej odległości miejsca zamieszkania chorego

od ośrodka leczniczego. Preparaty te działają słabiej i powolniej od salvarsanu oraz mają własności kumulacyjne, dlatego też przyjmować je należy z przerwami.

Schemat stosowania **osarsolu** i **stovarsolu**

Dzień	Tabl. a 0,25	Czas przyjęcia
1	1	z rana na czczo
2	2	„
3	2	„
	1	wieczorem 3 godz. po jedzeniu
4	2	zrana na czczo
	2	wieczorem 3 godz. po jedzeniu
5	jak w czwartym dniu	

Po trzydniowej przerwie leczenie powtórzyć, przyjmując w ciągu 5 dni po 2 tabletki rano na czczo i po 2 tabletki wieczorem w 3 godziny po jedzeniu. W ten sposób prowadzić kurację z trzydniowymi przerwami, aż do podania ogólnej dawki 30,0 — 40,0 **stovarsolu** lub **osarsolu**.

U w a g a : Nie wydawać choremu *stovarsolu* ani *osarsolu* na całą kurację lecz w miarę potrzeby przez dyżurny personel lekarski.

Preparaty bizmutu stosowane przy leczeniu kiły i ich dawkowanie.

1. *Biochinol*, dawka jednorazowa 3,0 co 3dni, ogółem 50,0 — 60,0 na kurację.
2. *Bismuthum oxybenzoicum* 10%, po 1,2 co 3 dni, ogółem na kurację 24,0.
3. *Casbis*, po 1,0 co 3 dni, ogółem na kurację 20,0.
4. *Bismogenol*, po 1,0 co drugi dzień, ogółem na kurację 20,0.
5. 10% *Emulsio bismuthi subnitrici in*ol. olivarum*, ogółem na kurację 16,0 — 20,0.

Preparaty rtęci stosowane przy leczeniu kiły i ich dawkowanie.

1. *Hydrargyrum cyanatum* 2%, po 1,0 co drugi dzień, ogółem na kurację 20,0.
2. 10% *Emulsio hydrargyri salicylici*, po 1,0 co 3 dni, ogółem na kurację 12,0 — 15,0.
3. 1% roztwór wodny sublimatu:

Rp. Hydrargyri bichlorati corrosivi 0,3
Natrii chlorati puriss. 1,0
Spiritus vini rectificati Gtt. V
Aquae destillatae ad 30,0
M.D.S. Steril! Pro. iniectione.

Wstrzykiwać codziennie po 1,0, ogółem 30,0 — 40,0 na kurację.

Roztwór sublimatu 2% stosuje się w ilości 15—20 zastrzyków co drugi dzień. Wszystkie wyżej podane preparaty bizmutu i rtęci wstrzykuje się domięśniowo w górny zewnętrzny kwadrant pośladka; przed użyciem należy je ogrzać do temperatury 40 stopni C. i dobrze mieszać.

Do przeciwwskazań leczenia rtęcią i bizmutem należą: zanik nerwu wzrokowego i niesyfilityczne zapalenie nerek.

Przeciwwskazania do leczenia salvarsanowego są następujące:

- a) ciężkie uszkodzenie nerek i wątroby pochodzenia niesyfilitycznego;
- b) wyraźna niedomoga krążenia;
- c) cukrzyca z dużym procentem cukru;
- d) choroba **Adissona** w ciężkiej formie.

Preparaty neosalvarsanu rozpuszcza się w **aqua bidestillata sterilisata** w ilości nie mniejszej niż 1.5 cm³ płynu na 0.1 preparatu i nie więcej niż 10 cm³ na 0,6.

Jako rozpuszczalnika oprócz wody destylowanej można używać 10% — 20% roztworu sterylizowanego glukozy lub roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Zastrzyk dożylny neosalvarsanu powinien być wykonany powoli, preparat zaś rozpuszczony bezpośrednio przed użyciem w ciepłym rozpuszczalniku, gdyż przez dłuższe stanie nabiera właściwości toksycznych. Należy pamiętać, iż bywają wypadki, że w czasie wstrzykiwania u chorego może wystąpić porażenie naczyniowo-ruchowe „**crises nitritoides**“.

W tym wypadku należy chorego natychmiast położyć i wstrzyknąć podskórnie 1.0 sol. **adrenalin** 1 — 1000. Dlatego też należy zawsze mieć przygotowaną strzykawkę i ampulkę adrenaliny przed doko-

maniem wlewania neosalvarsanu. Przed rozpoczęciem leczenia salvarsanowego zwłaszcza w przypadkach **lues II recens i recedivans** w celu uniknięcia wystąpienia reakcji **Herxheimera** (zaczerwienienie i nasilenie wysypki w świeżych postaciach kiły) należy zastosować 2 — 3 zastrzyki bizmutu lub rtęci. Przed rozpoczęciem zaś każdej nowej kuracji konieczne jest badanie krwi na odczyn **Wassermana**. W czasie kuracji kontrolować stan nerek, badając mocz co 1 — 2 tygodnie. W wypadku stwierdzenia podrażnienia nerek przerwać podawanie bizmutu i rtęci. Wskazaniem do przerwania leczenia bizmutem i rtęcią jest również wystąpienie objawów ubocznych działania tych preparatów w postaci **gingivitis mercurialis** lub **stomatitis mercurialis**, które leczy się płukaniem jamy ustnej za pomocą 2% sol. kal. chlo-, rici; 2% sol. acidi borici lub 2% sol. acidi tannici z następowym pędzlowaniem po każdym płukaniu schorzałych odcinków śluzówki 5% sol. acidi chromici naprzemian z 50% sol. argenti nitrici.

B. Wrzód miękki — Wrzód weneryczny (Ulcus molle).

Choroba ta występuje tylko na narządach płciowych i jest wywołana przez **streptobacillus Duceya — Unny**. Okres wylęgania trwa 3 — 4 dni. Owrzodzenie o kształcie nieregularnie okrągłym szybko powiększa się, brzegi owrzodzenia są podminowane, pulchne, dno pokryte zwykłą ropną wydzieliną. W przeciwieństwie do wrzodu twardego owrzodzenie ma miękką konsystencję i jest bolesne.

Jednym z charakterystycznych objawów są przesiewy t. zn., że na sąsiednich odcinkach błony śluzowej lub skóry pojawiają się nowe owrzodzenia. Jednocześnie prawie z powstaniem owrzodzenia często występuje zapalenie okolicznych gruczołów chłonnych — bubony, które szybko powiększają się, są bardzo bolesne, skóra zaś w tej okolicy oraz tkanka podskórna ulegają procesowi zapalnemu a same gruczoły często zropieniu.

Leczenie: Gorące kąpiele z roztworu nadmanganianu potasu 1 :5.000 dwa razy dziennie przez dwadzieścia minut, po czym owrzodzenie przysypuje się białym streptocidem. W razie braku białego streptocidu można stosować przyżeganie owrzodzenia za pomocą *acidum carbolicum liquefactum*, którego 1 — 2 krople wpuszcza się na dno ostrożnie, aby nie poparzyć otaczającej zdrowej tkanki. Zastosowanie kwasu karbolowego powinno być poprzedzone gorącą kąpielą owrzodzenia.

Jednocześnie z leczeniem miejscowym podaje się do wewnątrz preparaty sulfamidowe, jak:

1. **Streptocid biały**, po 0,6 sześć razy dziennie w ciągu 5 — 6 dni.

2. **Cibazol**, po 1,0 sześć razy dziennie przez 2 dni; w trzecim dniu 3 razy dziennie po 1,0 — w ogólnej dawce 15,0.

Leczenie bubonów: zabiegi przeciw zapalne, w wypadku zaś wyraźnego chłobotania — nacięcia. Dobrym również sposobem przyśpieszającym proces

leczenia jest wprowadzenie pod skórę w okolicy hubonów 10 cm. krwi własnej, pobranej z żyły łokciowej chorego.

C. Leczenie niektórych schorzeń męskich narządów płciowych, pochodzenia nie wenerycznego

Do schorzeń tych należą: Zapalenie żołądździ i napletka (**balanitis et balanopostitis**), które mogą być powikłane stulejką (**phimosis**) i zadzierzgnięciem napletka (**paraphimosis**). Schorzenia te są następstwem niehigienicznego utrzymywania narządów płciowych, co powoduje stan zapalny główki członka i błaszki wewnętrznej napletka. nadżerki, macerację naskórka i w następstwie wydzielinę ropną. Objawy te z tych samych powodów mogą wystąpić również i przy rzeżączce.

Leczenie zapalenia żołądździ i napletka: ciepłe kąpiele w roztworze nadmanganianu potasu 1,0:8000 dwa razy dziennie z następowym pędzlowaniem zajętych odcinków 2% **sol. argenti nitrici**, po czym przysypka dermatolem lub kseroformem.

Leczenie stulejki zwykłej — kąpiele 2 — 3 razy dziennie oraz przemywanie worka napletkowego 5% ciepłym roztworem nadmanganianu potasu po czym wysmarowanie worka napletkowego 5% **emulsio acidi carbolici liquefacti** w oliwie lub oleju lnianym. Zabieg ten należy przeprowadzać za pomocą sondy główkowej, na którą nawija się tampon z waty przepojonej tą emulsją. W przypadkach zaniedbanych należy czasem uciec się do zabiegu operacyjnego.

go, wtedy gdy leczenie zachowawcze nie daje wyników.

Zadzierzgnięcie napletka należy szybko odprowadzić. Nacięcia napletka nie zaleca się, gdyż każdą parafimozę można odprowadzić bez użycia instrumentów chirurgicznych.

Technika odprowadzenia: chorego kładzie się na stół, po czym narządy płciowe przemywa się 2% roztworem kwasu bornego. Czterema palcami lewej dłoni chwyta się trzon a trzy palce prawej dłoni nakłada się na główkę członka. Uciskaniem palców obu rąk cały istniejący obrzęk stopniowo przesuwa się na linię zadzierzgnięcia w stronę podstawy członka, po czym główka staje się miękką i zwiotczała, a wskutek tego swobodnie przechodzi przez pierścień zadzierzgnięcia. Po odprowadzeniu chory powinien jeden dzień leżeć w łóżku i stosować okłady z **aqua plumbi**. Należy pamiętać, iż przedłużanie odprowadzenia zadzierzgnięcia napletka jest dla chorego męczące i może w następstwie wywołać martwicę tkanek. Należy przeto dążyć do tego, aby odprowadzenie było jak najszybciej wykonane.

Przed przystąpieniem do lezenia **balanitis**, **balanopostitis**, **phimosis**, **paraphimosis** ustalić czy cierpienie nie jest spowodowane chorobą weneryczną.

Lepiej kończyć **(Condylomata acuminata)** mogą występować zarówno u mężczyzn jak

i u kobiet skutkiem niehigienicznego utrzymania narządów płciowych lub przy rzeżączce; należy je różnicować z łepieżami płaskimi, biorąc przy tem pod uwagę wygląd łepieży, dane anamnestyczne oraz stan gruczołów chłonnych. Łepieże kończyste mają wygląd tworów grzebieniastych, osadzonych na cienkich szypułach, co w całości przypomina kalafior.

Leczenie: Po ustaleniu, że schorzenie nie jest pochodzenia wenerycznego poleca się: pod znieczuleniem miejscowym 1% nowokainą lub chlorkiem etylu usunąć łepieże, przecinając szypuły u podstaw przy pomocy ostrej łyżeczki lub nożyczek Coopera; występujące zwykle silne krwawienie przysięga się tamponami nasyconymi **liquor ferri sesquichlorati**. W wypadkach bardzo rozległych łepieży zabieg ten można przeprowadzić w ciągu kilku posiedzeń.

Oprócz tego można stosować leczenie przy pomocy przesypek rezorcyny (*Resorcinum per se*) w sposób następujący: 2 razy dziennie przysypywać łepieże proszkiem rezorcyny, ochraniając zdrową skórę watą, by nie wywołać na niej nadżerek działaniem rezorcyny.

Praca sanitarno-oświatowa

Ogromne znaczenie w walce z chorobami wenerycznymi ma praca oświatowa i uświadamiająca wśród osób wojskowych.

Lekcje i pogadanki o chorobach wenerycznych należy prowadzić we wszystkich oddziałach skórno-

wenerycznych szpitali i we wszystkich jednostkach Wojska Polskiego. W wykładach należy zwrócić uwagę na nieregularne życie płciowe z nieznanymi lub mało znanymi kobietami, na alkoholizm, znaczenie ujawniania źródeł zakażenia, następstwa chorób wenerycznych dla rodziny i państwa oraz na duże znaczenie profilaktyki osobistej, której odpowiednie stosowanie prowadzi do zmniejszenia tych chorób.

IV. KRÓTKI PLAN ODCZYTÓW O CHOROBAH WENERYCZNYCH

A. Rzeżączka

1. Rzeżączka, jako jedna z chorób wenerycznych. Znaczenie socjalne rzeżączki.
2. Znaczenie prostytutki i alkoholizmu w rozpowszechnianiu rzeżączki.
3. Powikłanie rzeżączki i jej następstwa dla mężczyzn i kobiet.
4. Przeniesienie infekcji do rodziny i pozapłciowe zakażenie dzieci.
5. Wyniki „samoleczenia” chorych preparatami sulfamidowymi i skutki nieodpowiedniego leczenia tymi preparatami.
6. Znaczenie osobistej profilaktyki w walce z rzeżączką.

B. Kiła

1. Kiła jako jedna z najbardziej ciężkich chorób wenerycznych, porażająca cały organizm chorego i przechodząca na dalsze pokolenie.

2. Znaczenie socjalne syfilisu; znaczenie prostytucji i alkoholizmu w rozprzestrzenieniu kiły. Śmiertelność wśród dzieci z kiłą wrodzoną, martwe urodzenia.
3. Kiła i krótka symptomatologia oraz różniczkowanie jej z miękkim szankrem.
4. Skutki kiły i neurołuesu.
5. Znaczenie i doniosłość prawidłowego i systematycznego leczenia kiły.
6. Znaczenie osobistej profilaktyki.

V. OSOBISTA PROFILAKTYKA CHORÓB WENERYCZNYCH

Celem profilaktyki osobistej jest:

- a) Nie dopuścić do organizmu w czasie stosunku płciowego zarasków wywołujących choroby weneryczne.
- b) W wypadku wtargnięcia zarasków chorobotwórczych zabić je lub wydalić z organizmu.

Do środków profilaktyki osobistej należą:

- a) Prezerwatywa, która chroni od przedostania się infekcji do cewki i skóry członka tylko wtedy, jeśli w czasie stosunku płciowego nie ulegnie uszkodzeniu. Używanie prezerwatywy nie daje gwarancji niezakażenia się wrzodem twardym lub miękkim, gdyż infekcja może nastąpić w miejscach niechronionych prezerwatywą (moszna, dolna część brzucha).

- b) Zabiegi profilaktyczne przy pomocy środków dezynfekcyjnych, które dają dobre wyniki tylko wtedy, jeśli były wykonane w 2—3 godz. po stosunku płciowym. Wykonane zabiegi w późniejszym czasie, nie później jednak niż po upływie doby od stosunku płciowego, dają wynik procentowo znacznie gorszy. Dlatego też należy zwrócić uwagę na to, by zabieg profilaktyczny był wykonany jak najwcześniej. Wszyscy lekarze, felczerzy i podoficerowie sanitarni jednostek wojskowych powinni być dokładnie obznajomieni z techniką profilaktyki osobistej. W każdej jednostce powinna być osoba odpowiedzialna za profilaktorium.

Schemat zabiegów profilaktycznych w profilaktorium

1. Zgłaszający się dokładnie myje ręce, po czym opłukuje je roztworem sublimatu 1:1.000 w obecności dyżurnego pracownika lekarskiego.
2. Narządy płciowe, mosznę, wzgórek łonowy i uda umyć ciepłą wodą z mydłem, następnie zaś tamponem przepojonym roztworem sublimatu 1:1000.
3. Oddać moczkę.
Następne wszystkie zabiegi profilaktyczne wykonuje dyżurny pracownik lekarski.
4. Obmyć członek wataą zmoczoną w roztworze sublimatu 1:1000.

5. Przemyć przednią cewkę z naczynia E s m a r-
c h a roztworem nadmanganianu potasu
1:5000.

6. Przy pomocy pipetki ocznej zapuścić 2-3 kro-
ple 5% roztworu protargolu na glicerynie
w zagłębienie łódkowate cewki.

7. Wetrzeć w żołądź członka, w skórę moszny
wzgórka łonowego i wewnętrzną powierzch-
nię skóry ud masć następującą:

Rp. Calomelanos

Vaselini

Lanolini aa

M. f. ung.

lub

Rp. Hydrarg. bichlorati corrosivi 0,06

Lanolini

15,0

M. f. ung.

8. Narządy płciowe przykrywa się wyjałowioną
gazą i ligniną celem zabezpieczenia przenie-
sienia infekcji z zakażonej bielizny.

9. Po 4-5 godz. zmyć masć ciepłą wodą i zmienić
bieliznę.

SCHEMAT LECZENIA ETAPOWEGO

A. Choroby skórne

Nazwa choroby

Podlega leczeniu

1. Niepowikłane przy-
padki świerzb.

±. W jednostce, w wa-
runkach obowiązko-
wej izolacji.

Nazwa choroby

Podlega leczeniu

- | | |
|---|---|
| 2. Powikłane przypadki świerzbu. | 2. Na skórno-wenerycznych oddziałach szpitali okręgowych i garnizonowych. |
| 3. Głębokie ropne zapalenie skóry w ciężkiej formie. | 3. Na skórno-wenerycznych oddziałach szpitali okręgowych i garnizonowych. |
| 4. Ropne zapalenie skóry lekkiego stopnia. | 4. W jednostkach. |
| 5. Głęboka grzybica strzygąca (Sycosis parasitaria) i grzybica woszczynowa. | 5. W Głównym Klinicznym Szpitalu W. P. |
| 6. Zapalenie skóry, eczema, łuszczyca i inne choroby skórne w ciężkiej formie. | 6. Na skórno-wenerycznych oddziałach szpitali okręgowych i garnizonowych. |
| 7. Powierzchniowa grzybica skóry nie owłosionej. | 7. W jednostkach. |
| 8. Przewlekłe eczemy bez skłonności do sączenia i inne choroby skóry, przy których jest wskazana rentgenoterapia. | 8. W Głównym Klinicznym Szpitalu W. P. |

Nazwa choroby	Podlega leczeniu
9. Zapalenie skóry, odparzenia i wyprzenia oraz wszystkie choroby skórne w lekich formach.	9. W jednostkach.

B. Choroby weneryczne

- | | |
|---|---|
| 1. Mężczyźni chorzy na rzeżączkę ostrą i przewlekłą o niepowikłanym przebiegu. | 1. W oddziałach uzdrowieńców przy szpitalach okręgowych i garnizonowych. |
| 2. Mężczyźni chorzy na powikłane formy rzeżączki ostrej i przewlekłej (epididymitis, prostatitis i t. p.) a także bez powikłań, z bardzo jednak ostrymi objawami rzeżączkowego zapalenia cewki. | 2. Na oddziałach skórno - wenerycznych szpitali okręgowych i garnizonowych. |
| 3. Mężczyźni chorzy na powikłane formy rzeżączki (zwężenie cewki) i inne ciężkie powikłania, wymagające kwalifikowanej pomocy. | 3. Główny Kliniczny Szpital W. P. |

Nazwa choroby	Podlega leczeniu
4. Kobiety chore na rzeżączkę ostrą i przewlekłą, powikłaną i niepowikłaną.	4. Na oddziałach ginekologicznych szpitali okręgowych przy obowiązkowej konsultacji wenerologa nie rzadziej, jak raz w tygodniu.
5. Wszystkie kobiety chore na kiłę niezależnie od stadium i formy.	5. Na oddziałach skórno - wenerycznych szpitali okręgowych i garnizonowych.
6. Mężczyźni chorzy na kiłę z objawami zaraźliwymi: Lues I activa , Lues II recens , Lues II recidiva) a także Lues III i neurolues .	6. Na oddziałach skórno-wenerycznych szpitali okręgowych i garnizonowych przez pierwsze 4 tygodnie choroby, po czym w oddziałach ozdrowieńców.
7. Mężczyźni chorzy na kiłę bezobjawową (Lues latens).	7. W oddziałach ozdrowieńców.

C. Choroby narządów płciowych nie wenerycznego pochodzenia

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Zapalenie żołądźi i napletka (Balanitis , balanopostitis). | 1. W jednostkach. |
|---|-------------------|

Nazwa choroby	Podlega leczeniu
2. Stulejka i zadzierzgnięcie napletka (Phimosis, paraphimosis).	2. Na oddziałach skórno-wenerycznych szpitali okręgowych i garnizonowych. W wypadkach zadzierzgnięcia napletka należy chorego jak najszybciej przekazać do szpitala celem odprowadzenia.

SZEF WYDZIAŁU LECZN. - PROFILAKTYCZNEGO
(—) PILIPIENKO, płk.

NACZELNY WENEROLOG WOJSKA POLSKIEGO
(—) CZERNIAWSKI, ppłk.

S P I S R Z E C Z Y.

Choroby skórne.

	Str.
I. Ropne zapalenie skóry	5
II. Zapalenie skóry	10
III. Eczema	12
IV. Grzybice skóry	14
A. Grzybica strzygąca	14
B. Grzybica woszczynowa	16
C. Grzybica naskórkowa	16*
V. Pasożytnicze choroby skóry.	17
A. Świerzb	17
B. Wszawica łonowa	20
C. Wesz głowowa	21

Choroby weneryczne.

I. Krótki zarys diagnostyki i leczenia rzeżączki u mężczyzn	23
Powikłania rzeżączki u mężczyzn	30
A. Ostre rzeżączkowe zapalenie na jęziku	30
B. Ostre rzeżączkowe zapalenie gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych	31
C. Ostre rzeżączkowe zapalenie stawów	31
D. Krótkie uwagi o leczeniu przewlekłej rzeżączki u mężczyzn	32
II. Rzeżączka u kobiet	33
Leczenie rzeżączki peniciliną	35

	Str.
III. Kiła	38
A. Leczenie kiły	40
B. Wrzód miękkiej — Wrzód weneryczny	46
C. Leczenie niektórych schorzeń narządów płciowych męskich pochodzenia nie wene- rycznego	48
IV. Krótki plan odczytów o chorobach wenerycz- nych	51
A. Rzeżączka	51
B. Kiła	51
V. Osobista profilaktyka chorób wenerycznych	52
Schemat leczenia etapowego	54
A. Choroby skórne	54
B. Choroby weneryczne	56
C. Choroby narządów płciowych nie wenerycz- nego pochodzenia	58

2. in. 4392

BIBLIOTEKA

Wyższej Szkoły Politt.-Wych.





16321

/1

