

TEKA
Szpital Karolewski
L. i D. Daleci
Blk. 417

PROF. DR MARIAN GRZYBOWSKI
Dyrektor Kliniki Dermatologicznej U. J. P.

WSKAZOWKI

O G Ó L N E

DLA LECZENIA



OSOBNIKÓW KIŁOWYCH

W PRZYCHODNIACH SPOŁECZNYCH

DO UŻYTKU LEKARZY

WARSZAWA 1939

Nakładem Polskiego Towarzystwa Higienicznego
Nr. 29

22 02 1939



PROF. DR MARIAN GRZYBOWSKI
Dyrektor Kliniki Dermatologicznej U. J. P.

WSKAZÓWKI
O G Ó L N E
DLA LECZENIA



OSOBNIKÓW KIŁOWYCH
W PRZYCHODNIACH SPOŁECZNYCH

DO UŻYTKU LEKARZY

WARSZAWA 1939

Nakładem Polskiego Towarzystwa Higienicznego
Nr. 29



Pr e d r u k
z „KRONIKI WENEROLOGICZNEJ“
Październik — 1938

Druk. „Zgoda“ J. Klimczak i S-ka. Zielna 47 Tel. 619-57.

Biblioteka Główna
WUM



Zadaniem lecznictwa przeciwkiłowego w przychodniach społecznych jest zarówno dobro indywidualne osobnika leczonego, jak i społeczeństwa, które łoży środki pieniężne, wysiłki i trudy wszelkiego rodzaju dla zmniejszenia niebezpieczeństwa chorób wenerycznych oraz dla uchronienia siebie i swych najbliższych przed nimi. Wreszcie zadaniem tego lecznictwa winno być dążenie do zmniejszenia w przyszłości ciężarów materialnych, związanych z utrzymaniem i leczeniem inwalidów późnych okresów kiły. Dodać trzeba, że kierowanie się w postępowaniu lekarskim względami na interes społeczny w niczym nie godzi w dobro indywidualne osobnika leczonego.

Dla możliwie szybkiego i doszczętnego zniszczenia ognisk zakażenia kiłowego w sposobie postępowania w przychodniach przeciwkiłowych, dla opanowania szerzącej się w Polsce zarazy, oprzec się należy na następujących zasadach.

1) **L e c z e n i e k i ł y w c z e s n e j**: wszelki wykwit wrzodziejący na narządach płciowych winien zostać poddany badaniu mikroskopowemu dla wyłączenia, lub odwrotnie, dla ustalenia obecności w nim zarazka kiły. Pamiętać trzeba, że ustalenie kiły wyłącznie na podstawie badania klinicznego, w oparciu zatem wyłącznie na danych z wywiadów oraz wyglądzie wykwitu, nie jest wystarczająco ściśle, bowiem wykwity, nie wykazujące klinicznych cech objawu pierwotnego, mogą w rzeczywistości być nimi, gdyż co najmniej 50% wykwitów o typie klinicznym wrzodu wenerycznego (ulcus molle) w rzeczywistości są objawami mieszanymi (chancre mixte), powstającymi skutkiem jednoczesnego zakażenia krętkami bladymi i prątkami Ducreya. Pamiętaj-

my, że zaledwie 20% objawów pierwotnych wykazuje kliniczne cechy typowego objawu pierwotnego, natomiast 80% objawów pierwotnych skutkiem zakażeń wtórnych, lub też pod wpływem rozmaitych drażeń zewnętrznych nie wykazuje klasycznych cech objawu pierwotnego. Z powyższego wynika, że na obecność krętków należy badać nie tylko wykwit podejrzany o pochodzenie kiłowe, lecz również wykwyty najmniej o to podejrzane, w szczególności wrzody weneryczne.

Doniosłość wykrycia krętków białych wynika ze sposobu zakażenia krętkiem i prątkiem *Ducroya* oraz czasu trwania okresu wylegania chorób, wywołanych przez powyższe zarazki. Jeśli następuje jednocześnie zakażenie prątkami *Ducroya* i krętkami białymi, w miejscu zakażenia powstanie po upływie 24 — 48 godz. wykwit o cechach wrzodu wenerycznego; mimo, że w wykwicie takim znajdują się krętki białe, nie wykazuje on cech objawu pierwotnego przed upływem 18 — 24 dni, tak długo trwa bowiem okres wylegania objawu pierwotnego. Jedynym sposobem ustalenia rozpoznania prawdziwego w tym najwcześniejszym okresie zakażenia kiłowego jest wykonanie badania mikroskopowego wydzielin z wykwitu.

2) U każdego chorego podejrzanego o wczesne zakażenie się kiłą należy dokonać badania surowicy krwi według *Wassermanna*, w miarę możliwości innymi sposobami (odczyn *Kahna*, citocholowy i inne). Wynik dodatni tych odczynów potwierdza rozpoznanie kiły; wynik ujemny nie wyłącza tego rozpoznania, gdyż, jak wiadomo, odczyn *Wassermanna* w surowicy występuje dopiero po upływie 6 — 7 tygodni od chwili zakażenia. W razie stwierdzenia ujemnego odczynu *Wassermanna* u osobnika, u którego na podstawie danych klinicznych lub badania mikroskopowego (wygląd objawu pierwotnego, stan gruczołów chłonnych, stwierdzenie w jego wydzielinie krętków białych) ustalono rozpoznanie kiły — choremu należy wytłumaczyć przyczynę tego zjawiska, podkreślając prawdopodobieństwo jego zupełnego uleczenia. Konieczne jest to z uwagi na to, że chorzy mają wypaczone poję-

cie o znaczeniu odczynów serologicznych i skłonni są do nieleczenia się lub przerywania leczenia w razie wyniku ujemnego, sądząc, że odczyn Wassermanna ujemny jest dowodem braku zakażenia kiłowego.

3) W razie trudności z ustaleniem rozpoznania, np. nietypowy wygląd wykwitu, umiejscowienie w głębokich częściach narządu płciowego u kobiet, w cewce, w przewodzie nosowym i t. d., utrudniającym zbadanie kliniczne i bakteriologiczne, chory winien być poddany systematycznemu badaniu klinicznemu i serologicznemu, dlatego to badanie surowicy krwi winno zostać powtórzone w czasie 6 — 8 tygodni od chwili domniemanego zakażenia. Podobnie w każdym przypadku wrzodu wenerycznego należy dokonać badania krwi 6 — 8 tygodni od chwili zakażenia, a to z uwagi na to, że wykwity, nie wykazujące cech objawu pierwotnego kiłowego, w rzeczywistości mogą się nimi okazać; stwierdzenie tego może być dokonane na podstawie badania surowicy w odpowiednim terminie (6 — 8 tygodni od chwili zakażenia).

4) Rozpoznanie leczenia kiły bez ustalenia rozpoznania, a więc li tylko w razie istnienia prawdopodobieństwa zakażenia, jest przeciwwskazane; osobnika takiego należy poddawać częstej kontroli klinicznej i serologicznej i rozpocząć leczenie dopiero z chwilą nie budzącego wątpliwości rozpoznania kiły.

5) Leczenie osobników, u których zaszło prawdopodobieństwo zakażenia (kontakt płciowy z osobą w zakaźnym okresie kiły), jest przeciwwskazane; osobnik taki winien być systematycznie kontrolowany i poddany leczeniu dopiero z chwilą ustalenia rozpoznania kiły.

6) Należy dążyć do rozpoczęcia leczenia kiły możliwie wcześniej, a więc w miarę możliwości w okresie surowiczo ujemnym objawu pierwotnego (Lues primaria seronegativa).

7) Osobnik kiłowy przed rozpoczęciem leczenia winien być pouczony:

- a) o tym, że znajduje się w zakaźnym okresie kiły;
- b) o konieczności systematycznego leczenia się przez czas ustalony przez lekarza;

- c) o konieczności unikania potomstwa przez czas ustalony przez lekarza;
- d) o szkodliwości nadużywania alkoholu;
- e) o skutkach nieuleczenia kiły;
- f) o całkowitej uleczalności kiły;
- g) o konieczności sumiennej samoobserwacji sposobu znoszenia leczenia, w szczególności zastrzyków arsenobenzolu. Doniosłość dokładnego samospełniania wynika z tego, że ciężkie objawy nieznoszenia arsenobenzolu rzadko występują nagle, najczęściej natomiast rozwijają się z objawów błahych, stopniowo nasilających się, a niedocenianych w okresie, gdy nie budzą zaburzeń ciężkich.

8) Leczenie kiły pierwotnej surowiczo ujemnej powinno być prowadzone w sposób następujący: leczenie składa się z 4 kuracji, z których każda trwa 10 tygodni, przerwa między kuracjami wynosi 4 tygodnie, w ten sposób całe leczenie trwa około roku (56 tygodni).

Przebieg kuracji jest następujący:

C z a s t r w a n i a: 10 tygodni.

L e k i: Bizmut i Neoarsenobenzol.

D a w k o w a n i e b i z m u t u: 20 inj. domięśniowych bizmutu, po 1,2 cem — 1,5 cem bizmutum oxybenzoicum.

D a w k o w a n i e n e o a r s e n o b e n z o l u: rozpocząć od 0,3 po 3 dniach podać 0,45, po upływie 5 dni 0,60 i dalej w odstępach tygodniowych 8 wstrzyknąć neoarsenobenzolu w największych d o b r z e z n o s z o n y c h przez chorego dawkach; prawie zawsze chorzy znoszą dobrze 0,60 neoarsenobenzolu, często 0,75, niekiedy 0,90 gr. W razie wystąpienia objawów ubocznych, dawkowanie neoarsenobenzolu należy obniżyć do n a j w i ę k s z e j d o b r z e z n o s z o n e j przez chorego dawki.

Badanie krwi winno być wykonane przed każdą kuracją i co 3 miesiące w ciągu drugiego roku choroby.

Badanie płynu mózgowo - rdzeniowego należy dokonać po upływie dwóch lat od chwili zakończenia leczenia, a więc po upływie około 3 lat od chwili zakażenia.

W razie pomyślnego przebiegu choroby, leczenia i ujemnego wyniku kontroli, chory może zostać uznany za uleczonego po upływie 3 lat od chwili zachorowania.

Jako przebieg pomyślny rozumiemy:

- a) brak nawrotów klinicznych i serologicznych podczas trwania choroby;
- b) dobre znoszenie leczenia w dawkach powyżej podanych;
- c) ujemny wynik badania surowicy krwi i płynu mózgowo - rdzeniowego po upływie 3 lat od chwili zakażenia. W razie nawrotu klinicznego lub serologicznego lub stwierdzenia zmian w płynie mózgowo - rdzeniowym leczenie winno być wznowione podług wskazówek podanych w leczeniu kiły uogólnionej.

Powyższy sposób leczenia odnosi się do mężczyzn; u kobiet dawkowanie neoarsenobenzolu winno zostać obniżone o 0,15 gr. na dawkę. Leczenie osobników nie znoszących leczenia winno być prowadzone podług wskazówek dalszych.

Leczenie powyższe może być stosowane u osobników młodych w dobrym ogólnie stanie zdrowia, znajdujących się w okresie kiły wczesnej z ujemnym odczynem Wassermanna we krwi, a przy tym dobrze znoszących leczenie, a w szczególności neoarsenobenzol.

Schemat leczenia kiły wczesnej jest następujący:

- 1) Rozpoznanie kliniczne i bakteriologiczne, badanie krwi podług Wassermanna.
- 2) Pierwsza kuracja 10 tygod. (20 inj. bizmutu i 10 — 12 inj. neoarsenobenzolu).
- 3) Przerwa 4 tygodnie.
- 4) Druga kuracja 10 tygod. (20 inj. bizmutu i 10 — 12 inj. neoarsenobenzolu).
- 5) Przerwa 4 tygodnie.
- 6) Badanie krwi.
- 7) Trzecia kuracja 10 tygod. (20 inj. bizmutu i 10 inj. neoarsenobenzolu).
- 8) Przerwa 4 tygodnie.

- 9) Badanie krwi.
- 10) Czwarta kuracja 10 tygod. (20 inj. bizmutu i 8 — 10 inj. neoarsenobenzolu).
- 11) Koniec leczenia, kontrola krwi w odstępach 6 mies., badanie płynu mózgowo - rdzeniowego po upływie 3 lat od chwili zakażenia, zgoda na małżeństwo.

LECZENIE KIŁY UOGÓLNIONEJ (LUES SECUNDARIA. LUES I ISEROPOSITIVA).

Leczenie tych chorych winno być rozpoczęte niezwłocznie po ustaleniu rozpoznania choroby.

Rozpoznanie zostaje ustalone na podstawie danych klinicznych i serologicznych (osutka kiłowa, bielactwo, łysienie kiłowe, grudki sączące, zmiany na błonach śluzowych, zmiany w gardle i w otoczeniu odbytu, grudki ciekące na narządach płciowych). Nawet w razie istnienia zmian klinicznych, nie budzących żadnych wątpliwości o prawidłowości rozpoznania, należy polecić zbadanie krwi chorego podług Wassermanna, a to ze względu na to, że potwierdzenie rozpoznania przez wynik badania serologicznego utrwala zaufanie chorego do rozpoznania klinicznego i skłania go do sumiennego leczenia.

Jest to faktem ogólnie znanym, że chorzy częstokroć mają większe zaufanie do wyników badań laboratoryjnych niż do oświadczeń lekarza niepopartych badaniem; toteż bardzo często u chorych zaczynają powstawać wątpliwości o prawidłowości rozpoznania, co skłania ich do przerywania leczenia: szczególnie często postępują w taki sposób osobnicy w tych okresach kiły, które, jak kiła wczesna, nie wywołują objawów groźnych, dokuczliwych. Wynik badania krwi utwierdza chorych o słuszności rozpoznania.

Leczenie chorych tego okresu (lues secundaria) powinno być prowadzone przez 3 lata: w tym czasie należy prowadzić leczenie przerywane, w sposób następujący:

1-szy rok leczenia: 4 kuracje 2 — 2½-miesięczne, przerwy jednomiesięczne między kuracjami.

L e k i: Bizmut, neoarsenobenzol.

D a w k o w a n i e: Bizmut 16 inj. na kurację czyli 2 razy w tygodniu, 1,2 — 1,5 cem Bizmuthum oxybenzoicum. Neoarsenobenzol w dawkach następujących: 0,30 na pierwsze wstrzyknięcie, po upływie 3 dni 0,45 gr., po upływie 5 dni 0,60 gr., po tym w odstępach tygodniowych 7 dawek po 0,60 — 0,75 gr., w zależności od znoszenia. Przed kuracją należy zarządzić badanie krwi.

2-gi rok leczenia: 3 kuracje 2-miesięczne, przerwy między kuracjami dwu-miesięczne.

L e k i: Bizmut jak powyżej. Neoarsenobenzol jak powyżej, lecz nie przekraczając 0,60 na pojedyncze wstrzyknięcie.

3-ci rok leczenia: 2 kuracje 2-miesięczne, przerwy cztero-miesięczne.

L e k i: Bizmut jak powyżej. Neoarsenobenzol jak powyżej, lecz w dawkowaniu do 0,45 — 0,60 gr., na pojedyncze wstrzyknięcie.

Na tym kończy się leczenie osobnika kiłowego, który: a) rozpoczął leczenie w okresie kiły uogólnionej, b) przeprowadził leczenie systematyczne, c) choroba którego przebiegała pomyślnie, a zatem bez nawrotów klinicznych i serologicznych.

W czasie czwartego roku trwania choroby należy dokonać badania płynu mózgowo - rdzeniowego; jeśli chodzi o leczenie w Ubezpieczalniach, to tam, gdzie nie istnieje możliwość dokonywania nakłuć ambulatoryjnie, chorego należy skierować na 2 — 3 dni do instytucji szpitalnej lub klinicznej. W razie ujemnego wyniku badania, dalsze postępowanie lecznicze polega na corocznej kontroli serologicznej i klinicznej bez potrzeby leczenia.

Chory może wstąpić w związek małżeński, począwszy od piątego roku zakażenia, a zatem po upływie 4 lat od chwili zakażenia, jeżeli leczenie prowadzono prawidłowo, a wynik kontroli był pomyślny.

Stwierdzenie zmian w płynie mózgowo - rdzeniowym wymaga wznowienia leczenia, sposób przeprowadzenia którego, czas trwania i nasilenia zależą od rodzaju stwierdzonych zmian i ogólnego stanu zdrowia chorego. Dokładne wskazania w tej sprawie zawiera moja książka „Leczenie kiły“.

Schemat leczenia przypadków przebiegających bez nawrotów jest zatem następujący:

Rok 1-szy — 4 kuracje po 2 miesiące każda, przerwy 1 miesięczne,

Rok 2-gi — 3 kuracje po 2 miesiące każda, przerwy 2 miesięczne.

Rok 3-ci — 2 kuracje po 2 miesiące każda, przerwy 4 miesięczne.

W razie nawrotu serologicznego lub klinicznego dodać należy jeden rok leczenia, wedle schematu podanego dla roku drugiego, a więc zarządzić 3 kuracje dwu-miesięczne z przerwami dwu-miesięcznymi. W razie nowego nawrotu dodać należy jeszcze jeden rok takiego leczenia. W razie nawrotów uporzecznych zmienić należy podawane leki na inne (Solu-Salvaran, Acetylarсен, Sulfarsolen). Zaznaczę, że zmiana leków jest postępowaniem korzystnym nawet przy dobrotliwym przebiegu kiły.

LECZENIE KIŁY BEZOBJAWOWEJ.

Leczenie osobników, którzy przebyli kiłę przed laty i w chwili zgłoszenia się nie wykazują objawów chorobowych, powinno być prowadzone z uwzględnieniem wskazań następujących:

1) Jeśli chodzi o osobnika poprzednio leczonego systematycznie, chorego dłużej od 4 lat i nie wykazującego serologicznych i klinicznych objawów choroby, można leczenia nie wznawiać, lecz poprzestać na systematycznej kontroli klinicznej i serologicznej oraz dokonać badania płynu mózgowo - rdzeniowego; jeśli wynik badania serologicznego oraz płynu mózgowo - rdzeniowego będzie ujemny, chorego nie potrzeba

leczyć. Jeśli natomiast wynik badań serologicznych będzie dodatni, należy przeprowadzić leczenie dwuletnie i w tym czasie podać 3 kuracje dwumiesięczne z przerwami dwumiesięcznymi.

W 2-gim roku podać 2 kuracje dwumiesięczne z przerwami cztero-miesięcznymi.

Jeśli badanie wykaże zmiany w płynie mózgowo - rdzeniowym, należy postąpić zgodnie ze wskazówkami, które przytoczyłem poniżej.

2) Jeśli chodzi o osobnika, który poprzednio nie leczył się systematycznie, to nawet jeśli znajduje się on w okresie bezobjawowym pod względem serologicznym i klinicznym, należy zastosować leczenie 3-letnie, jednakże nieco mniej nasilone niż leczenie kiły objawowej. Można postępować w sposób następujący:

Rok 1-szy — 3 kuracje 2 miesięczne, przerwy 2 miesięczne,

Rok 2-gi — 3 kuracje 2 miesięczne, przerwy 2 miesięczne,

Rok 3-ci — 2 kuracje 2 miesięczne, przerwy 4 miesięczne.

LECZENIE OSOBNIKÓW KIŁOWYCH W OKRESIE NAWRÓTÓW SEROLOGICZNYCH I KLINICZNYCH PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA.

Jeśli u osobnika kiłowego leczonego poprzednio w taki lub inny sposób wystąpi choroba w postaci objawów klinicznych lub serologicznych, należy rozpocząć leczenie dwuletnie wedle schematu następującego:

Rok 1 - szy — 3 kuracje 2 miesięczne, przerwy 2 miesięczne.

Rok 2 - gi — 2 kuracje 2 miesięczne, przerwy 4 miesięczne,

Należy tu uwzględnić ponadto okoliczności następujące:

- a) im osobnik jest młodszy, tym intensywniejsze leczenie można zastosować;
- b) u osobników starszych i dotkniętych dolegliwościami ogólnymi — leczenie powinno być mniej nasilone,

- zwłaszcza pod względem dawkowania neoarsenobenzolu;
- c) u osobników leczonych poprzednio intensywnie, u których mimo to nawrót wystąpił, należy zastosować leki nie podawane w leczeniu dotychczasowym;
 - d) im intensywniejsze było poprzednie leczenie neoarsenobenzolem, z tym większą ostrożnością należy zastosować ten lek, a to w obawie przed istniejącym uczuleniem na związki arsenowe.

LECZENIE KIŁY TRZECIORZĘDOWEJ.

Leczenie osobników z objawami kiły trzeciorzędowej opierać się powinno na wskazaniach następujących:

- a) leczenie objawowe wymaga podawania: jodku potasu (Kali jodati 6,0, Hydrarg. bijodati 0,15, Natri bicarbonici 2,0, Aq. dest. ad 200, 2 razy dziennie po łyżce stołowej); wstrzykiwań domięśniowych bizmutu w ilościach 1,0 ccm 2 razy w tygodniu. Leczenie winno być tym mniej nasilone, im rozleglejsze zmiany stwierdza się u chorego; leczenie osobników ze zmianami kiłowymi narządów wewnętrznych powinno być szczególnie ostrożne. U osobników w dobrym stanie ogólnym zdrowia można podawać neoarsenobenzol w ilości 0,15—0,3 gr. na dawkę 6—10 razy w odstępach tygodniowych; zazwyczaj leczenie objawowe polega na jednej kuracji o nasileniu wymienionym powyżej;
- b) leczenie zapobiegające nawrotom kiły trzeciorzędowej polega na stosowaniu trzech kuracji, trwających 8 tygodni każda, składających się z 16 inj. bizmutu i 8 — 10 Neoarsenobenzolu w ilości 0,15 — 0,45 gr. na dawkę. Odstęp między kuracjami 8 — 10 tygodni. Wskazówki do leczenia kiły narządów wewnętrznych znajdzie czytelnik w mojej monografii „Leczenie kiły“.

WSKAZÓWKI DLA LECZENIA KIŁY WRODZONEJ.

Wskazania dla leczenia kiły wrodzonej wypływają ze stwierdzenia jej na podstawie niewątpliwych argumentów klinicznych, lub serologicznych u noworodka lub starszego dziecka; natomiast samo prawdopodobieństwo istnienia kiły u noworodka lub oseska (nawet bardzo wielkie) nie jest wskazaniem dla rozpoczęcia leczenia, a wymaga jedynie dalszej kontroli stanu dziecka dla rozpoczęcia leczenia po ustaleniu rozpoznania. Leczenie zatem noworodka na podstawie stwierdzenia kiły u jego matki, co niektórzy zalecają, jest błędem.

Wskazaniem dla rozpoczęcia leczenia jest zatem:

- a) stwierdzenie zmian kiłowych na skórze, na błonach śluzowych, w kośćcu lub narządach wewnętrznych noworodka lub starszego dziecka;
- b) stwierdzenie u niego dodatnich odczynów serologicznych;
- c) stwierdzenie charakterystycznych dla kiły zmian w łożysku;
- d) stwierdzenie zmian (stigmata) kiły późnej (trójca Hutchinsona, zmiany okostnowe i t. d.).

SPOSÓB LECZENIA KIŁY WRODZONEJ.

Przy leczeniu osobników dotkniętych kiłą wrodzoną odróżnić należy następujące postacie kiły, wymagają one bowiem odrębnego postępowania leczniczego.

A. Grupa pierwsza obejmuje noworodki z objawami czynnej kiły wrodzonej (osutki, pęcherzyca, zmiany na błonach śluzowych, zmiany w kośćcu, zmiany w wątrobie, płucach, w śledzionie i t. d.). Noworodki takie należy leczyć nader ostrożnie, trzeba im jednak podawać leki energiczne, wywierające działanie nie tylko objawowe, lecz i krętkobójcze.

Najlepiej postępować w sposób następujący:

- a) 2 razy w tygodniu stosować wstrzykiwanie domięśniowo neoarsenobenzolu rozpuszczonego w wodzie destylowa-

nej, dawkować neoarsenobenzol należy w ten sposób, by na kilo wagi przypadło 0,01—0,015 gr. neoarsenobenzolu; stosować należy 10% roztwór neoarsenobenzolu w wodzie destylowanej, wstrzykiwać szybko w mięśnie pośladka, starając się wkuć igłę aż do kości biodrowej. Zamiast neoarsenobenzolu wstrzykiwać można również domięśniowo (sulfarsolen) w takich samych dawkach, lecz rozpuszczony w specjalnym rozpuszczalniku, dołączonym do przetworu w stanie gotowym, zastrzyki stosować należy co 5 dni, dokonać ich 6 — 8.

Prócz związków arsenowych stosować należy u takich chorych wciereki szaruchy, naturalnie, jeśli stan skóry na to pozwala (obecność zmian zapalnych i sączących, stanowiących przeciwwskazanie do stosowania wcierek); u niemowląt do 3 miesięcy przepisać należy 0,5 gr. szaruchy na jedną wcierekę, u 3 — 12 miesięcznych 0,75 — 1,0 gr. Dla wcierek wykorzystać należy skórę pleców i przepisać cykl składający się z 5 wcierek i 2 dni wypoczynku, po czym wcieranie należy powtórzyć. Leczenie takie (związkami arsenowymi i wcierkami) prowadzić należy przez miesiąc lub 6 tygod., po czym zarządzić 2 — 3 tygod. przerwy w leczeniu. W razie złego znośnienia leczenia, dawki stosowanych leków należy obniżyć, a czas leczenia skrócić. Zwrócić uwagę należy na unikanie wyziębiania dziecka podczas wcierek.

B. Grupa druga dotyczy noworodków bez objawów kiły czynnej i starszych dzieci z kiłą utajoną. Noworodki, które przeżyły okres kiły objawowej i nie wykazują objawów kiły czynnej oraz takie, które od początku znajdują się w okresie kiły utajonej, należy leczyć przez okres 2 — 3 lat, stosując kolejno kuracje. Dla dzieci poniżej roku leczenie polega na stosowaniu wcierek szaruchy i wstrzykiwań neoarsenobenzolu lub sulfarsenolu; u dzieci, które wiek ten przekroczyły, stosować należy prócz wymienionych związków arsenowych również i bizmut, dawkując go w ten sposób, by na kilo wagi przypadło 0,001 bizmutu metalicznego; w przeliczeniu na przetwór bizmutowy taki np. jak bizmut oxybenzoicum wstrzykiwać należy 0,1 zawiesiny dla dziecka ważącego 5 kilogramów,

Okresy (kuracje) powinny być długie 2½ — 3-miesięczne, przerwy między nimi 1 — 2-miesięczne.

C. Leczenie dzieci ze zmianami kiły wrodzonej (stigmata) oraz z objawami kiły późnej (kilaki, zmiany na rogówce, zmiany w układzie nerwowym) winno być dostosowane do istoty objawów stwierdzonych u dziecka, nie można tu dać wskazówek schematycznych, toteż odsyłam czytelnika do mojej książki „Leczenie kiły“.

POSTĘPOWANIE WOBEC STWIERDZENIA ZMIAN CHOROBOWYCH W PŁYNIÉ MÓZGOWO - RDZENIOWYM.

1. Badanie płynu mózgowo - rdzeniowego powinno być dokonane u każdego osobnika chorego na kiłę; terminem najodpowiedniejszym dla tego badania jest czwarty rok trwania choroby. Jeśli badania w tym czasie nie dokonano, należy go wykonać w okresie późniejszym.

2. Jeżeli płyn mózgowo - rdzeniowy nie wykaże zmian chorobowych w tym czasie, prawdopodobieństwo późnych powikłań ze strony układu nerwowego, zwłaszcza zaś wiądu rdzenia i porażenia postępującego, jest małe.

3. Jeśli płyn mózgowo - rdzeniowy wykaże zmiany chorobowe w okresie późniejszym niż 3 lata od chwili zakażenia, zwłaszcza jeśli osobnik nie był poprzednio sumiennie leczony, prawdopodobieństwo zmian późniejszych chorobowych w układzie nerwowym jest duże. Wymaga to wkroczenia lekarskiego.

4. Jeżeli zmiany chorobowe polegają na pleocytozie i hyperalbuminozie, należy zastosować leczenie swoiste chemoterapeutyczne; należy zarządzić leczenie natychmiastowe i w przeciągu roku podać trzy leczenia swoiste przedzielone przerwami dwumiesięcznymi. Po zakończeniu tego leczenia należy wykonać ponowne badanie płynu mózgowo - rdzeniowego; jeśli wykaże ono prawidłowe stosunki w płynie mózgowo - rdzeniowym, cel leczenia został osiągnięty.

Jeśli natomiast zmiany w płynie mózgowo - rdzeniowym pod wpływem powyższego leczenia nie ustąpiły lub nawet nasiliły się — należy zarządzić leczenie zimnicą szczepioną.

5. Jeżeli badanie płynu mózgowo - rdzeniowego po upływie trzech lub więcej lat od chwili zakażenia wykaże zmiany, polegające nie tylko na zwiększeniu składników komórkowych i wzroście białka, lecz również okaże się, że odczyn Wassermanna jest dodatni, odczyny kolorowe wskazują krzywe znamienne dla kiły układu nerwowego a ilość globuliny w płynie przewyższa normę — sposób postępowania jest następujący:

- a) u osobników poprzednio leczonych intensywnie należy zarządzić leczenie zimnicą szczepioną, a bezpośrednio po tym leczenie swoiste; badanie ponowne płynu mózgowo - rdzeniowego powinno zostać wykonane po upływie $\frac{1}{2}$ roku. Jeżeli płyn mózgowo - rdzeniowy okaże się przy tym badaniu prawidłowy, dalsze leczenie powinno polegać na stosowaniu leczenia chemoterapeutycznego (arsen, bizmut) i na kontroli płynu mózgowo - rdzeniowego; jeśli natomiast płyn wykaże zmiany — leczenie zimnicą szczepioną winno być powtórzone. Jeżeli późniejsza kontrola płynu wykaże nawrót w płynie — leczenie zimnicą szczepioną powinno być powtórzone;
 - b) u osobników poprzednio leczonych niezbyt intensywnie należy zarządzić leczenie chemoterapeutyczne (arsen, bizmut) przez 10 — 12 tygodni, bezpośrednio po ukończeniu tego leczenia przeprowadzić leczenie zimnicą szczepioną, a po tym leczeniu ponowne leczenie chemoterapeutyczne. Dalszy sposób postępowania jest taki sam, jak u osobników dokładnie leczonych poprzednio.
6. Leczenie zimnicą szczepioną składać się powinno z 10 — 12 ataków; wobec tego, że chodzi tu o osobników młodych, leczenie takie jest dobrze znoszone.

LECZENIE KOBIEŃ KIŁOWYCH W OKRESIE CIĄŻY.

Każda kobieta ciężarna, która przebyła kiłę, winna być leczona w czasie ciąży, leczenie winno być stosowane nawet u kobiet, które poprzednio leczyły się systematycznie, nie wykazują objawów kiły, są w dobrym stanie ogólnym zdrowia i mają potomstwo zdrowe. Leczenie należy rozpocząć niezwłocznie po stwierdzeniu kiły u ciężarnej lub ciąży u kiłowej, powinno ono trwać przez cały czas ciąży.

Leczenie prowadzić należy w sposób następujący:

C z a s t r a w a n i a: 8 tygodni.

L e k i: Bizmut i neoarsenobenzol.

D a w k o w a n i e: Bizmut 16 inj. (bizmut oxybenzoicum po 1,6 ccm na dawkę), neoarsenobenzolu 8 — 10 inj. w ilości 0,15 — 0,45 gr. na dawkę w odstępach 5—7-dniowych. 2 — 3 tygodnie przerwy.

I I k u r a c j a: taka sama.

2 — 3 tygodnie przerwy.

I I I k u r a c j a: taka sama.

U kobiet, u których rozpoczęto leczenie w 5 — 6 — 7 miesiącu ciąży przerwy w leczeniu należy skrócić do 7 — 10 dni; kobiety w okresie kiły objawowej najlepiej leczyć szczególnie energicznie, nie zarządzając przerw w leczeniu.

U kobiet, które były poprzednio dobrze leczone i u których choroba trwa dłużej niż 5 lat, można ograniczyć się do 2 kuracji 8-tygodniowych.

Kobiety, które wykazą nieznoszenie neoarsenobenzolu, winny być leczone domięśniowymi wstrzykiwaniami sulfarsolenu od 0,15 — 0,45 gr. na dawkę lub Solu-Salvarsanu 2,0 — 4,0 gr. na dawkę, w łącznej ilości 8 — 10 zastrzyków.

WSKAZÓWKI OGÓLNE DLA LECZENIA NEOARSENOBENZOLEM.

1. Osobnicze znoszenie neoarsenobenzolu bywa rozmaite, co zmusza do rozpoczęcia leczenia od dawek małych, najczęściej od 0,30 gr. a u osobników wątpliwych i starszych od 0,15 gr.

2. Powiększając dawkowanie, stopniowo dochodzi się do największej dobrze znoszonej dawki; ta ostatnia bywa rozmaita, najczęściej 0,60 gr., niekiedy 0,75 gr., a nawet 0,90 gr., zazwyczaj nie należy przekraczać dawki 0,60 gr., jednak w leczeniu kiły wczesnej (lues primaria seronegativa) u osobników młodych należy dojść do 0,75 — 0,90 gr.

3. Osobnicy poprzednio nie leczeni neoarsenobenzolem znoszą lek lepiej od takich, którzy poprzednio otrzymali dużą jego ilość.

4. U kobiet miesiączkujących nie należy stosować podczas miesiączkowania dożylnych wstrzykiwań neoarsenobenzolu; bizmut może być w tym czasie podawany w dawkach zwykłych, to samo dotyczy rtęci.

5. Pamiętać należy, że zjawiskiem zwykłym jest rozwój nieznoszenia neoarsenobenzolu; niekiedy objawy występują nagle i zupełnie niespodziewanie, najczęściej natomiast rozwijają się stopniowo; z uwagi na to należy nader skrupulatnie kontrolować sposób poprzedniego znoszenia leku.

6. Dzieci znoszą leczenie neoarsenobenzolem lepiej od osobników dorosłych, u dzieci należy obliczać dawkowanie w sposób następujący: 0,005 gr., na dawkę pierwszą, 0,01 gr. na drugą, następnie w ilości 0,015 — 0,020 gr. na kilo wagi.

7. Neoarsenobenzol należy stosować z dużą ostrożnością u osobników z nadwężonym aparatem wydzielniczym, u osobników starszych, dotkniętych chorobami nerek, niewydolnością krążenia, u ciężarnych oraz u osobników z objawami daleko posuniętej miażdżycy naczyń.

8. Stosowanie neoarsenobenzolu jest przeciwwskazane w schorzeniach krwiotocznych, w ciężkich schorzeniach wątroby u osobników uczulonych na neoarsenobenzol oraz w przypadkach rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego.

9. Osobnicy nieznoszący neoarsenobenzolu znoszą niekiedy dobrze inne związki arsenowe (sulfarsolen, solu - salvarsan, natrium-stovarsol).

10. Neoarsenobenzol jest szczególnie wartościowy w okresach kiły wczesnej przed wystąpieniem posocznicy krętko-

wej oraz w czasie jej trwania, w tych to okresach powinno się dążyć do podania największej dobrze znoszonej ilości tego leku. W okresach późnych i bezobjawowych lek może być podany w mniejszej ilości.

11. Wstrzykiwania neoarsenobenzolu winno być dokonane zasadniczo raz w tygodniu w roztworze wodnym 10%; dawki małe 0,30 — 0,45 gr. mogą być podawane co 3—5 dni. Woda musi mieć ciepłotę pokojową, przetwór należy dobrze rozpuścić, wstrzyknąć n i e z w ł o c z n i e po przygotowaniu; wstrzyknięcie powinno być powolne. Strzykawkki używane do wstrzykiwań neoarsenobenzolu winny być dobrze oczyszczone z nalotów tlenku arsenu, tworzących się na ich ściankach i na tłoku.

12. Osobnicy wykazujący lekkie objawy nieznoszenia winni otrzymać na 5 — 10 minut przed wstrzyknięciem neoarsenobenzolu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mgl adrenaliny podskórnie.

13. Lekarz wstrzykujący neoarsenobenzol powinien mieć w pogotowiu roztwór adrenaliny i wstrzyknąć 1 mlg w razie wystąpienia wstrząsu naczyniowo - ruchowego.

WKAZÓWKI, KTÓRE NALEŻY UDZIELIĆ OSOBNIKOM KIŁOWYM.

1. Osobnik kiłowy powinien zostać poinformowany w sposób bardzo wyraźny o tym, że jest chory na kiłę.

2. Należy go pouczyć o tym, że znajduje się w okresie zakaźnym.

3. Należy mu wytłumaczyć konsekwencje zaniedbania leczenia, jednocześnie jednak oświadczyć, że kiła jest schorzeniem uleczalnym.

4. Należy wytłumaczyć mu, za ile czasu będzie mógł się uleczyć i kiedy będzie mógł wstąpić w związki małżeńskie.

5. Chorych należy pouczyć, że po uleczeniu mogą i powinni mieć potomstwo, które będzie zdrowe i normalne.

6. Należy pouczyć o konieczności samoobserwacji w zakresie znoszenia leczenia.

7. Należy przestrzec ich przed używaniem alkoholu.

8. Należy wytłumaczyć im, że w leczeniu nie powinni kierować się przebiegiem odczynu Wassermanna, lecz wskazówkami lekarza.

9. Należy ich pouczyć o konieczności zbadania płynu mózgowo - rdzeniowego po upływie 3 — 4 lat od zakażenia.

Biblioteka Główna WUM

KS.1417



21000001417



www.dlibra.wum.edu.pl

SZPITAL IM. KAROLA I MAR.



B 417



www.dlibra.wum.edu.pl