

Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi — Dział Antropozoonoz
Dyrektor: prof. dr Józef Parnas

Tadeusz ROZOWSKI

Badania nad tularemią w województwie szczecińskim

Исследования над туляремией в Щетинском воеводстве

Studies on tularemia In the Szczecin district

Tularemia jest chorobą zakaźną zwierząt w pierwszym rzędzie gryzoni, niektórych gatunków zwierząt domowych i ptaków. Może się ona przenosić bezpośrednio lub pośrednio na człowieka, nie przenosi się od człowieka na człowieka (R u d n i e w) i jest wywoływana przez swoisty zarazek *Pasteurella tularensis*.

Pierwsze przypadki tularemii zostały opisane w r. 1911 przez M c C o y a u wiewiórek ziemnych w miejscowości Tulare w stanie Kalifornia. Chorobę tę nazwał on „dzumopodobną chorobą gryzoni“ (plague-like disease of rodents). W roku następnym (1912) M c C o y i C h a p i n opisali zarazek tej choroby, który nazwali *Bacterium tularense*, na imię miejscowości, gdzie wykryto pierwsze przypadki tej choroby. Podczas badań nad tym zarazkiem uległ zakażeniu C h a p i n, stwierdzając na własnej osobie, że choroba ta może się przenosić na człowieka. U ludzi pierwsze przypadki tularemii, potwierdzone wyosobnieniem zarazka z zapalnej wydzieliny oczu osób chorych, zostały opisane w r. 1914 przez lekarzy amerykańskich W h e r r y i L a m b a. Nazwę „tularemia“ wprowadził do terminologii lekarskiej w r. 1922 E d w a r d F r a n c i s, który szczegółowo opisał tę chorobę u ludzi i podał pierwszą klasyfikację jej postaci klinicznych.

W r. 1925 doniesiono o pierwszych przypadkach tularemii w Japonii i na wyspie Jawie, w r. 1926 w Turcji, w r. 1931 we Włoszech, Norwegii, Szwecji i Finlandii, w r. 1932 w Niemczech, w r. 1934 w Tunisie, w r. 1935 w Austrii, w r. 1936 w Czechosłowacji, poza tym chorobę tę spostrzegano w Albanii, Jugosławii, na Węgrzech, Francji, Afryce Zachodniej, Australii i Ameryce Łacińskiej.

W Związku Radzieckim pierwsze przypadki tularemii u ludzi potwierdzone wyosobnieniem *Pasteurella tularensis* datują od r. 1926 (S. B. S u w o -

row, A. A. Wolferc i M. M. Woronkowa). Zagadnieniu badania, zwalczania i zapobiegania tej chorobie poświęca się bardzo wiele uwagi w tym kraju.

W Polsce pierwsze przypadki tularemii u ludzi zostały opisane w r. 1950 przez B. Kassura. Chodziło o dwóch pracowników laboratorium wirusologicznego PZH w Warszawie, którzy ulegli zakażeniu przy sekcji białych myszek padłych na skutek zaszczepienia im popłuczyn z gardła chorych na „nieznaną“ ostrą chorobę gorączkową, która wybuchła w jednym z PGR-ów województwa olsztyńskiego. Ogółem zachorowało w tym PGR około 40 osób. Przyczyną zachorowania miał być chory zajęć; badania epidemiologiczne w tym ognisku przeprowadził K. Zembruski, (1950 r.).

Po opisie pierwszych przypadków tularemii przez B. Kassura następuje dwuletnia przerwa, w ciągu której nie doniesiono o nowych zachorowaniach na tularemię w Polsce. Pod koniec października 1952 r. przyjęto do leczenia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Szczecinie z rozpoznaniem: „podejrzenie duru brzuszego“ 5 osób należących do tej samej rodziny, zamieszkałej w jednym z PGR-ów województwa szczecińskiego. Na podstawie objawów klinicznych oraz danych epidemiologicznych rozpoznałem u nich tularemię. Przyczyną zachorowania była bezpośrednia styczność z łatwo upolowanym zajęcem. Wkrótce po tym wykryto jeszcze dwa ogniska tularemii w województwie szczecińskim.

W głębokim przekonaniu, że choroba ta nie jest należycie rozpoznawana przez lekarzy, przeprowadziłem szeroką akcję szkoleniową wśród lekarzy szpitali powiatowych w zakresie epidemiologii, kliniki i diagnostyki tej choroby. W wyniku tego szkolenia ogólna liczba przypadków spostrzeżonych od listopada 1952 do czerwca 1953 r. wynosiła 71, w tym 1 z terenu sąsiedniego województwa koszalińskiego. Należały one do 26 różnych ognisk.

Dział Epidemiologiczny Państwowego Zakładu Higieny przeprowadził w r. 1953 szeroko zakrojone badanie epidemiologiczne wśród ludzi narażonych z uwagi na swój zawód na zakażenie tularemijne, co doprowadziło do wykrycia szeregu przypadków tularemii w stolicy (H. Kicińska, Jan Kostrzewski i A. Łęczyccka).

Celem przeprowadzenia wszechstronnych badań nad tularemią w województwie szczecińskim, Ministerstwo Zdrowia skierowało w r. 1953 specjalną zespołową ekspedycję przeciwtularemijną pod ogólnym kierownictwem prof. J. Morzyckiego, Dyrektora Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdańsku, która przeprowadziła prace naukowo-badawcze w okresie od maja do listopada tego roku.

W ekspedycji wzięli udział: pracownicy Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej pod kierownictwem prof. E. Skrodzkiego, Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi pod kierownictwem prof. J. Parnasa (docent F. Wysocka i in.), Państwowego Zakładu Higieny pod kierownictwem prof. Jana Kostrzewskiego (H. Kicińska, S. Kozłowski i in.) oraz P. Instytutu Weterynaryjnego.

WŁASNE SPOSTRZEŻENIA EPIDEMIOLOGICZNE

A. Zbiornik zarazka.

Spośród wszystkich chorób odzwierzęcych tularemia stoi niewątpliwie na pierwszym miejscu pod względem rozpiętości wachlarza zbiornika zarazka w przyrodzie. Według ostatnich danych co najmniej 74 gatunki zwierząt, spośród ssaków, ptaków, płazów i gadów, w pierwszym rzędzie gryzoni, choruje w warunkach naturalnych na tularemię, zaś 71 gatunków różnych stawonogów ssących krew odgrywają rolę przenosicieli zarazka tej choroby z jednego zwierzęcia na drugie lub na człowieka. Spośród tych przenosicieli najbardziej doniosłe znaczenie odgrywają kleszcze z uwagi na to, że zarazki tularemii przechowują się w nich bardzo długo, nieraz przez całe ich życie trwające do 4 lat i więcej, przy czym zarazek przechodzi kolejno do jaja, larwy, nimfy i dorosłego kleszcza następnego pokolenia. Kleszcze zatem są nie tylko przenosicielami pałeczki tularemii, lecz również „nosicielami” tego zarazka w przyrodzie.

Źródło zakażenia się ludzi tularemią przedstawia się różnie w różnych krajach. W Stanach Zjednoczonych ludzie zakażają się najczęściej od dzikich królików i zajęcy; w Japonii od dzikich królików, w Szwecji i Norwegii od zajęcy i lemingów, w krajach środkowej Europy od zajęcy, w Turcji od myszy domowych i polników zwykłych, w Związku Radzieckim od wodnych szczurów z uwagi na masowe polowania, jakie się przeprowadza w tym kraju na te zwierzęta w poszukiwaniu ich cennych skórek, ponadto od polników zwykłych, myszy domowych i zajęcy.

Tabela Nr 1

Zestawienie źródeł zakażenia w 71 przypadkach tularemii
(% obliczony w stosunku do ogólnej liczby zachorowań)

Z a j ą c		przypuszczalnie zajęc		Polnik zwykły		Nie ustalono źródła zakażenia	
Ilość przy- padków	%	Ilość przy- padków	%	Ilość przy- padków	%	Ilość przy- padków	%
68	95,7	1	1,4	1	1,4	1	1,4

W Polsce, na ogólną liczbę 71 przypadków tularemii przez nas obserwowanych w województwie szczecińskim, (patrz tabl. Nr 1), w 68 przypadkach, ustalonym źródłem zakażenia był zając, co stanowi 95,7% wszystkich przypadków zachorowań. Z dwóch skórek zdartych z zajęcy, od których zarazili się ludzie, wyosobniono pałeczkę tularemii w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdańsku. W 1 przypadku tj. w 1,4% źródłem zakażenia przypuszczalnie był zając. W 1 przypadku tj. w 1,4% źródłem zakażenia był polnik zwykły. Wreszcie w 1 przypadku tj. w 1,4% źródła zakażenia nie udało się ustalić.

B. Drogi szerzenia się zakażenia.

Wszystkie różnorodne sposoby, jakimi człowiek ulega zakażeniu tularemijnemu, dadzą się ująć zasadniczo w ramy 4 następujących typów:

1) Przez styczność bezpośrednią tj. przez zetknięcie się z ciałem chorego zwierzęcia lub przedmiotami zanieczyszczonymi jego krwią, wydzielinami lub wydaliniami.

2) Drogą ustną tj. przez spożywanie pokarmu lub picie wody zanieczyszczonych pałeczkami tularemii.

3) Drogą wziewną tj. przez wdychanie kurzu zawierającego zarazki tularemii.

4) Drogą przenośną (Pawłowski i Olsufiew) tj. przez stawonogi ssące krew, żerujące na zakażonych zwierzętach.

Tabela
Zestawienie dróg zakażenia
(% obliczony w stosunku do

Przez bezpośrednią styczność							
Przez skórę		Przez spojówki		Jednocześnie przez skórę i spojówki		R a z e m	
Ilość przypadków	%	Ilość przypadków	%	Ilość przypadków	%	Ilość przypadków	%
35	49,3	3	4,2	1	1,4	39	54,9

W naszym zestawieniu (patrz tabl. Nr 2) zakażenie drogą bezpośrednią styczności odbyło się ogółem w 39 przypadkach tj. w 54,9% wszystkich przypadków zachorowań na tularemię. Z tego na zakażenie przez skórę przypada 35 przypadków tj. 49,3%, przez spojówki — 3 przypadki tj. 4,2%, na podwójne zakażenie: przez skórę i spojówki jednocześnie 1 przypadek tj. 1,4%. Zakażenie przez skórę nastąpiło czy to przez dotykane zabitego zająca, czy też przez zdzieranie z niego skóry, oprawianie go lub dotykane przedmiotów, przeważnie sprzętu kuchennego, zanieczyszczonych krwią, wydzielinami lub wydaliniami zająca. W przypadkach zakażenia przez spojówki zarazek był zawleczony do oczu zakażonymi rękami.

Zakażenie drogą ustną zaszło w 17 przypadkach tj. w 23,9%, drogą wziewną w 1 przypadku tj. w 1,4%, to ostatnie przy omlotach starego stogu zboża nie zabezpieczonego rowem przed dostępem drobnych gryzoni polnych. Zakażeń drogą przenośną nie stwierdziliśmy. W 12 przypadkach tj. w 16,9% nie ustalono drogi zakażenia. W 2 przypadkach tj. w 2,8% odbyło się zakażenie drogą podwójną. przez bezpośrednią styczność i drogą ustną.

C. Zarazy tularemii.

Epidemiolodzy radzieccy L. M. Chatieniewier i I. N. Majski odróżniają 5 typów zaraz tularemijnych: 1) przemysłowe, 2) wodne, 3) wywoływane przez epizootie tularemii wśród polni-

Nr 2

w 71 przypadkach tularemii
ogólnej liczby przypadków zachorowań)

Drogą ustną		Drogą wziewną		Drogą przenośną		Nie ustalono drogi zakażenia		Drogą podwójną: przez bezpośrednią styczność i drogą ustną	
Ilość przypadków	%	Ilość przypadków	%	Ilość przypadków	%	Ilość przypadków	%	Ilość przypadków	%
17	23,9	1	1,4	0	0	12	16,9	2	2,8

ków i myszy (typy: omlotowy, bytowy i okopowy), 4) laboratoryjne i 5) przenośne.

W naszym materiale nie było ani jednego większego ogniska zachorowań na tularemie, które by można było nazwać „epidemią” tularemii. Chodziło o 26 małych, odległych od siebie, samodzielnych ognisk zachorowań, gdzie ilość przypadków wahała się od 1 do 7. Typowym natomiast dla tych zachorowań był ich charakter rodzinny; we wszystkich bowiem ogniskach, gdzie zachorowało powyżej jednej osoby, chodziło o członków tej samej rodziny lub osoby mieszkające pod jednym dachem.

D. Czynniki sprzyjające zakażeniu.

Człowiek jest bardzo wrażliwy na zakażenie tularemijne. Wskaźnik zakaźności według epidemiologów radzieckich (B. M. Berman, A. M. Lewitow i I. I. Rogozin) wynosi około 0,9. Płeć i rasa nie odgrywają żadnej roli w etiologii tej choroby. Jeśli chodzi o wiek — najczęściej zapadają dorośli z uwagi na możliwość łatwiejszej styczności z chorymi zwierzętami. Tularemia jest w pierwszym rzędzie chorobą środowiska wiejskiego. W warunkach bowiem życia na wsi w przeciwieństwie do życia w mieście, człowiek, przebywając w bezpośredniej styczności z przyrodą, ma możliwość łatwego zetknięcia się ze zbiornikiem zarazka w przyrodzie, zwłaszcza w naturalnych ogniskach tej choroby (Pałowski) i ulec zakażeniu. Drugim nie mniej ważnym czynnikiem, sprzy-

Tabela
Zestawienie 71 przypadków tularemii:
(% jest obliczony w stosunku do

P ł e ć		W i e k		Środowisko		Z a					
M.	Ż.	Do 14 lat	Powyżej 14 lat	Wieś	Miasto	Pracownicy wiej					
						Fizyczni					
						P. G. R.	Spółdz. Prod.	Gospod. rze rolni	Pracown. leśni	Inni	Razem
40	31	16	55	57	14	11	16	3	1	4	35
56,3 %	43,7 %	22,5 %	77,5 %	80,2 %	19,8 %	15,4 %	22,5 %	4,2 %	1,4 %	5,6 %	49,2 %

jającym tak indywidualnym, jak i masowym zakażeniom, jest czynnik zawodowy. W pierwszym rzędzie narażeni na zakażenie tularemią są: myśliwi, gajowi, pracownicy zatrudnieni w punktach skupu dziczyzny, futerek i skórek, kuśnierze, rzeźnicy, kucharze oraz pracownicy zatrudnieni w laboratoriach bakteriologicznych. We wszystkich tych zawodach bowiem pracownicy są często narażeni na możliwość zetknięcia się z pałeczką tularemii.

Czynnik geograficzny odgrywa coraz to mniejszą rolę w epi-zootologii i epidemiologii tularemii. Według K. A. D o r o f i e j e w a „... tularemia znajduje odpowiednie warunki dla swego rozwoju w różnych krajach i... wykazuje w chwili obecnej skłonność do coraz to większego szerzenia się, do zagarniania nowych, dotychczas wolnych od tej choroby zakaźnej, terenów”.

W naszym materiale (patrz tabela Nr 3) na 71 przypadków tularemii na płęć męską przypada 40 przypadków, co stanowi 56,3%, zaś na płęć żeńską 31 tj. 43,7% ogólnej liczby zachorowań. Ta różnica w odsetku zapadalności została spowodowana okolicznością, że mężczyźni w środowisku wiejskim mają łatwiej możliwość zakażenia się tularemią, niż kobiety (kłusownictwo).

Jeśli chodzi o wiek chorych, przeważają wyraźnie dorośli. Do 14 lat obserwowano 16 przypadków, tj. 22,5%, powyżej 14 lat — 55 tj. 77,5%, a więc trzykrotnie więcej. Ta wielka różnica w odsetku zachorowań na korzyść dorosłych jest spowodowana możliwością

Nr 3

według płci, wieku, środowiska i zawodu
ogólnej liczby przypadków zachorowań)

w ó d											
s c y		Prac. miejsca			Gospodynie domowe			Dzieci przy rodzicach			
U m y s ł.		Fizyczni	Umysłowi	Ogółem	Wieś	Miasto	Ogółem	Wieś	Miasto	Ogółem	
1	36	1	7	8	7	3	10	14	3	17	
1,4 %	50,7 %	1,4 %	9,9 %	11,3 %	9,9 %	4,2 %	14,1 %	19,8 %	4,2 %	23,9 %	

łatwiejszej styczności ze zbiornikiem zarazka tularemii w przyrodzie. Doniosła rola środowiska w zachorowaniu na tularemię zupełnie wyraźnie się uwidacznia w naszym zestawieniu. Podczas gdy na ludność miejską przypada 14 przypadków tj. 19,8%, na mieszkańców wsi 57 zachorowań, tj. 80,2%, — a więc czterokrotnie więcej.

Jeśli chodzi o zawód chorych, przedstawiał się on następująco: Pracownicy wiejscy — 36 przypadków, tj. 50,7% ogólnej liczby zachorowań, pracownicy miejscy — 8 tj. 11,3%, gospodynie domowe — 10, tj. 14,1%, dzieci przy rodzicach — 17, tj. 23,9%.

1) Na ogólną liczbę 36 pracowników wiejskich przypadało 35 pracowników fizycznych, tj. 49,2% ogólnej liczby zachorowań, z czego pracowników P.G.R. — 11 (15,4%), Spółdzielni Produkcyjnych — 16 (22,5%), gospodarzy rolnych — 3 (4,2%), pracowników leśnych — 1 (1,4%), innych, jak hydraulików, kolejarzy — 4 (5,6%). Na pracowników umysłowych wiejskich przypadało — 1 (felczer weterynarii) (1,4%).

2) Na ogólną liczbę 8 pracowników miejskich przypadało: pracowników fizycznych 1 (1,4%), umysłowych — 7 (9,9%).

3) Gospodynie domowe: na ogólną liczbę 10 zanotowano we wsi 7 (9,9%), w mieście — 3 (4,2%).

4) Dzieci przy rodzicach: na ogólną liczbę 17 przypadało na wieś — 14 (19,8%), na miasto — 3 (4,2%).

Co się tyczy zachorowań na tularemię bezpośrednio związanych z wykonywaniem zawodu, w naszym materiale zaszło ono wyłącznie w 1 przypadku, tj. w 1,4% wszystkich zachorowań. Przypadek dotyczył robotnicy P.G.R., która, pracując przy omłotach starego stogu zboża, nie zabezpieczonego rowem przed dostępem gryzoni, w których „roilo się” od trupów padłych polników, zaraziła się drogą wziewną, wdychając kurz zanieczyszczony wydzielinami i wydalninami tych gryzoni. Poza tym przypadkiem i dwoma innymi, gdzie przyczyny nie udało się ustalić, we wszystkich pozostałych 68 przypadkach, tj. w 95,7% zakażenie nie miało bezpośredniego związku z wykonywaniem zawodu; źródłem zakażenia bowiem był chory zajęć upolowany przez kłusowników lub psy domowe.

WŁASNE BADANIA KLINICZNE W WOJEW. SZCZECIŃSKIM

Różnorodny sposób przenikania pałeczki tularemii do ustroju i związane z tym różne umiejscowienia zmian chorobowych powodują wielopostaciowość obrazu klinicznego tej jednostki chorobowej u człowieka.

Pierwszą klasyfikację postaci klinicznych tularemii podał Francis w roku 1928, wyróżniając następujące 4 postacie:

- 1) dymieniczą
- 2) skórno-dymieniczą albo wrzodząco-dymieniczą
- 3) oczno dymieniczą i
- 4) durowatą

Niewątpliwie klasyfikacja ta w chwili obecnej, w świetle danych klinicznych, ostatnich 25 lat, już nie może być utrzymana. Jednakowoż badaczowi temu należy się zasługa zrobienia pierwszego kroku w kierunku ujęcia różnorodnych obrazów klinicznych w ramy pewnego zestawienia.

W roku 1941, na IV-ej Wszechrosyjskiej Konferencji Tularemijnej uchwalono klasyfikację postaci klinicznych tularemii dzielącą wszystkie typy kliniczne tej choroby na dwie zasadnicze postacie: I-szą dymieniczą z rozbięciem na różne typy w zależności od wrót zakażenia, oraz II-gą zakaźną („uogólnioną“, jak ją nazwał Rudniew), bez widocznego umiejscowienia, która odpowiadałaby wspomnianej wyżej postaci durowatej klasyfikacji Francis'a. Do tej klasyfikacji Rudniew dodał, jako trzecią samodzielną postać kliniczną, postać płucną, w ramy której ujął wszystkie przypadki tularemii umiejscowione w płucach, z uwagi na specyfikę ich obrazu klinicznego, ciężkiego przebiegu i wysokiej śmiertelności, w odróżnieniu od wszystkich pozostałych postaci klinicznych tularemii, które cechuje na ogół dobre rokowanie.

Następna z kolei Wszechrosyjska Konferencja Tularemijna, która odbyła się w roku 1946, rozszerzyła nieco zestawienie postaci klinicznych tularemii, rozbijając II-gą postać na dwa typy: oskrzelowo-płucny (płucny) i brzuszny (jelitowy), przy czym nazwę „zakaźna“ tej postaci zastąpiono nazwą „trzewna“ (wewnętrzna). Klasyfikacja ta w ostatecznym swym ujęciu była następująca:

postać I — dymienicza z uwzględnieniem umiejscowienia procesu chorobowego.

postać II — trzewna albo wewnętrzna z rozbięciem na typy:

- a) oskrzelowo-płucny (płucny)
- b) brzuszny (jelitowy).

Ponieważ ten podział kliniczny nie wyczerpywał wszystkich różnorodnych typów obrazu klinicznego tej wielopostaciowej choroby, a ponadto nie brał pod uwagę charakteru przebiegu choroby i czasu jej trwania, w roku 1950 Ministerstwo Zdrowia Związku Ra-

dzieckiego, uchwaliło następującą klasyfikację postaci klinicznych tularemii, obowiązującą w chwili obecnej na terenie Związku Radzieckiego.

I. Według umiejscowienia procesu chorobowego.

A. Postać o zmianach zewnętrznych (na skórze, widocznych błonach śluzowych i węzłach chłonnych):

- 1) typ dymieniczny
- 2) typ wrzodziejąco-dymieniczny
- 3) typ oczny lub oczno-dymieniczny
- 4) typ anginowo-dymieniczny
- 5) typ o innych zewnętrznie widocznych umiejscowieniach.

B. Postać o zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych:

- 1) typ oddechowy
- 2) typ żołądkowo-jelitowy
- 3) typ o zmianach w innych narządach wewnętrznych.

II. Według ciężkości procesu chorobowego.

Postacie :lekka, ciężka, średnio-ciężka.

III. Według czasu trwania procesu chorobowego.

Postacie ostro, przewlekła, nawrotowa .

Specjalna instrukcja omawiająca powyższą klasyfikację wyjaśnia, że za „ostrą“ należy uważać tularemię o nagłym początku, której czas trwania nie przekracza 2—3 miesięcy; za „przewlekłą“ jeśli czas trwania jest dłuższy (rok i więcej), przy czym choroba zachowuje stale swój charakterystyczny obraz kliniczny; za „nawrotową“ — taką postać tularemii, w której po wyleczeniu klinicznym, występują na nowo objawy tej choroby w warunkach, wykluczających wszelką możliwość ponownego zakażenia się.

Zaletą tej ostatniej rozszerzonej klasyfikacji jest jej dynamika, która znajduje swój wyraz we włączeniu do obu postaci tak „o zmianach zewnętrznych“, jak „przeważnie o zmianach w narządach wewnętrznych“ typu „o innych“, nie uwzględnionych w tej klasyfikacji umiejscowieniach procesu chorobowego. Jest to najlepszym dowodem, że tularemologia radziecka uważa, że klinika tularemii jeszcze nie została wyczerpana, że nie wszystkie poszczególne typy tej choroby zostały dotychczas przez klinicystów wyodrębnione i że wrota do dalszych badań klinicznych, mające na celu uchwycenie nowych, dotychczas nie opisanych typów klinicznych tularemii, są szeroko otwarte. Wszystkie poprzednie klasyfikacje postaci klinicz-

nych tularemii, tak radzieckie, jak amerykańskie, były statyczne, zmuszające do „wtłoczenia” w ramy jej sztywnego zestawienia, co raz to nowe, wykrywane przez różnych badaczy, dotychczas nie znane, typy tej wielopostaciowej choroby.

Ponadto klasyfikacja ta zezwala na ujęcie kliniczne każdego przypadku tularemii w trzech płaszczyznach:

- 1) umiejscowienia procesu chorobowego z czym się ściśle łączy zagadnienie wrót wtargnięcia zarazka do ustroju;
- 2) „amplitudy”, tj. jego stopnia nasilenia i wreszcie jego
- 3) „dynamiki”, tj. czasu trwania choroby.

Przy opisywaniu obrazu klinicznego poszczególnych postaci i typów klinicznych tularemii będziemy się trzymać, jako podstawy, tej klasyfikacji. (tabela Nr 4).

Tabela Nr 4

Zestawienie postaci i typów klinicznych 71 przypadków tularemii

I. Postać o zmianach zewnętrznych						II. Postać o zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych					
TYP	TYP	TYP	TYP	TYP	TYP MIESZANY			TYP	TYP	TYP	TYP
Wrzodząco-dymieniczny czysty	Dymieniczny czysty	Oczno-dymieniczny czysty	Anginowo-dymieniczny czysty	Ustno-dymieniczny	Wrzodząco-dymieniczny i oczno-dymieniczny	Dymieniczny i anginowo-dymieniczny	Oczno-dymieniczny i anginowo-dymieniczny	Przelykowy	Żołądkowo-jelitowy	Oddychowy, odmiana górna	Bez wyraźnego umiejscowienia
32	3	3	12	1	1	1	1	1	3	1	12
45,0%	4,2%	4,2%	16,9%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	4,2%	1,4%	16,9%

Obraz kliniczny.

Z uwagi na to, że, mimo swej wielkiej różnorodności klinicznej, poszczególne postaci i typy tularemii mają wspólną symptomatologię ogólną, zaczniemy od opisu postaci o zmianach zewnętrznych, (typ wrzodząco-dymieniczny), najbardziej typowej i najczęściej

spotykanej, następnie kolejno omówimy inne postacie, ograniczając się przy tym do opisu najbardziej charakterystycznych cech przebiegu klinicznego każdej z nich.

A. Postać o zmianach zewnętrznych.

1) typ wrzodząco-dymieniczny.

Na 71 przypadków tularemii przez nas spostrzeganych, a podanych w naszym ogólnym zestawieniu, typ ten występował w 33 przypadkach, tj. w 46,4%.

Według L. C. B r u m p t a występuje on w 80% wszystkich przypadków tularemii.

a) Okres wylegania.

Czas trwania tego okresu jest różny według różnych autorów. Według autorów radzieckich: G r o m a s z e w s k i e g o 2—6 dni, G. A. I w a s z e n c e w a, M. D. T u s z y n k i e g o, W. A. B a s z e n i n a i M. J. D a n i l e w i c z a 1—9 dni, najczęściej 2—3 dni, S z. D. M o s z k o w s k i e g o, L. J. P r o k o p i e n k o i A. J. J a n u s z e w e j — średnio 2—7 dni, L. J. K a c - C z e r n o c h w o s t o w e j 2—3 dni, najwyżej 9—10 dni. Według autorów francuskich V. d e L a v e r g n e, P i e r q u i n, H e l l u y i D o r n i e r 2—3 dni, najwyżej 10 dni. Według autorów amerykańskich od 24 godzin do 10 dni, średnio około 3 dni.

W naszych danych na ogólną liczbę 71 przypadków, okres wylegania wahał się od 1—16 dni, największy odsetek przypadał na 7 dni.

Okres ten przebiega bez najmniejszych dolegliwości, zupełnie bezobjawowo.

b) Początek zachorowania.

Początek choroby jest najczęściej nagły i gwałtowny. W pełni zdrowia, często podczas wykonywania zajęć zawodowych, chory ma dreszcze, silny ból głowy, bóle w mięśniach, nieraz wymioty, ciepłota ciała szybko się podnosi, dochodząc do 40° i wyżej. Chory przy tym jest bardzo osłabiony, często się poci, nie ma łaknienia, skarży się na ogólne rozbicie. Stan ten trwa od kilku godzin do kilku dni.

c) Okres rozwiniętych objawów.

Okres ten cechują 2 charakterystyczne zespoły objawów: z jednej strony zmiany skórne i powiększenie węzłów chłonnych, z drugiej objawy ogólne.

1) Z m i a n y s k ó r n e.

Występują one w miejscu wtargnięcia zarazka do ustroju i mogą się mieścić w różnych okolicach ciała. W przytaczającej większości przypadków jednak występują one na skórze rąk, przeważnie na palcach, co jest zupełnie zrozumiałe, gdyż przede wszystkim rękami, w pierwszym rzędzie palcami, dotykamy się różnych przedmiotów. Zmiany te są zwykle pojedyncze, ale nie rzadko stwierdza się 2 i więcej na tej samej ręce. Zrazu są to grudki barwy różowej mniej lub więcej ciemne, bolesne na ucisk, często swędzące. Następnie środek grudki ulega szybko martwicy, powstaje strupek, który odpada, pozostawiając owrzodzenie średnicy najczęściej około 1 cm, o brzegach nierównych, podniesionych, o podłożu miękkim, nie nacieczonym. Często się zdarza, że martwica grudki jest poprzedzona tworzeniem się pęcherzyka, który szybko się wsysa lub pęka, ustępując miejsca strupkowi.

2) P o w i ę k s z e n i e w ę z ł ó w c h ł o n n y c h (dymienice)

Proces zapalny w węzłach chłonnych może wystąpić jednocześnie z ukazaniem się zmian skórnych, lub też nieco później. Według danych A. N. B i e r i n s k i e j, jednocześnie ze zmianami skórnymi występuje on w 34,2% przypadków, w jeden dzień później w 25,7%, w dwa dni — 17,1%, w trzy dni — 8,3%, po trzech dniach w reszcie przypadków. Gdy wrota zakażenia mieszczą się w obrębie ręki, powiększeniu ulegają węzły chłonne łokciowe po stronie przysrodkowej lub węzły pachowe albo jednocześnie obie te grupy. Powiększeniu węzłów może w rzadkich przypadkach towarzyszyć zapalenie naczyń chłonnych (*lymphangoitis*), idących od wrót zakażenia do tych węzłów. Tego nie stwierdziliśmy na naszym materiale.

3) O b j a w y o g ó l n e.

Krzywa ciepłoty nie ma charakterystycznego przebiegu. Gorączka przeważnie się utrzymuje w ciągu 1—2 tygodni na wysokim poziomie (38—39° i wyżej) z nieznacznymi wahaniami. Spadek gorączki w tych przypadkach ma miejsce zazwyczaj nad ranem. Wie-

czorem zaś chory miewa dreszcze, często się poci, po czym ciepłota ciała znów się podnosi. W innych przypadkach krzywa ciepłoty ma bardzo kapryśny przebieg. Wahania mogą być wielkie, przy czym okresy gorączki mogą być przerywane okresami spadku ciepłoty poniżej normy. W innych wreszcie przypadkach, po jednym lub kilku dniach podwyższonej ciepłoty, gorączka spada do normy i utrzymuje się na tym poziomie do wyzdrowienia. Samopoczucie chorego jest niedobre. Chory czuje się bardzo osłabiony, narzeka na ból głowy, często na bóle w mięśniach, brak łaknienia. Przy badaniu przedmiotowym nie stwierdza się odchyień od normy w narządach wewnętrznych. Tętno przeważnie jest odpowiednie do ciepłoty. Wątroba nie jest powiększona, śledziona przeważnie niemacalna. W pewnym odsetku przypadków obserwuje się na skórze wysypkę różnego typu: grudkowego, różyczkowego, rumieniowego lub krwotocznego. Umiejscowienie jej bywa różne: na kończynach, pośladkach, klatce piersiowej lub twarzy. Osutka ta może być skąpa, ograniczająca się do kilku elementów lub bardziej obfita. Charakterystyczną cechą tej wysypki jest jej symetryczność. Według F o s h a y a wysypka występuje w 20% wszystkich przypadków tularemii, według danych B i e r i Ń s k i e j natomiast w 8%. Występuje ona między 3 a 26 dniem choroby (B i e r i n s k a j a). Cofając się powoduje zazwyczaj łuszczenie się skóry.

Mocz bez zmian patologicznych. Odczyn Biernackiego prawidłowy, lub zlekka przyspieszony. Obraz morfologiczny krwi nie jest charakterystyczny: ilość krwinek czerwonych w normie lub nieco zmniejszona, leukocytoza w granicach prawidłowych, lub zlekka powiększona, z tendencją do limfocytozy (40%—50%). V. de L a v e r g n e i A l e k s a n d r o w i c z utrzymują, że charakterystyczną cechą obrazu krwi w tularemii jest monocytoza. A l e k s a n d r o w i c z podaje, że odczyn ten jest czasami tak wydatny, iż w zespole objawów powiększenia węzłów chłonnych, zapalenia spojówek, posocznicznej gorączki, może przypominać tzw. mononukleozę zakaźną. V. de L a v e r g n e i współpracownicy dochodzą nawet do wniosku, iż nie jest wykluczone, że w pewnym odsetku mononukleozą zakaźną jest powodowana przez pałeczkę tularemii. Tej charakterystycznej monocytocytozy nie stwierdziliśmy w naszych przypadkach.

Dalszy przebieg choroby może być różny w poszczególnych przypadkach. Jeśli chodzi o owrzodzenia skórne, goją się one w zasadzie dobrze w ciągu 1—3 tygodni, pozostawiając po sobie widoczną miękką bliznę, barwy jasno-różowej, o gładkiej, błyszczącej powierzchni, nieco wgłębionej.

Natomiast dalszy rozwój dymienic nie jest jednolity. Powiększone węzły chłonne po osiągnięciu nieraz dużych rozmiarów mogą stopniowo samoistnie się zmniejszać, dochodząc do normalnych wymiarów. Zdarza się przy tym, że dymienice cofając się w pewnej chwili przestają się zmniejszać, pozostawiając po sobie twarde, nie bolesne, nie zrosnięte z podłożem, powiększone węzły chłonne, — pozostałości po tularemii. W innych przypadkach, po osiągnięciu pewnych rozmiarów, powiększone węzły chłonne zaczynają stopniowo ulegać rozpadowi. Na skutek przeniesienia się procesu zapalnego na tkanki otaczające (*periadenitis*), węzły przestają być przesuwalne, zrastają się z podłożem i skórą, która traci swą barwę naturalną, staje się sino-czerwoną, coraz bardziej napiętą i wreszcie pęka w jednym lub kilku punktach, skąd wydostaje się na zewnątrz gęsta, lepka, żółtawa ropa. Częstość zejścia w zropienie jest różnie oceniana przez poszczególnych autorów. Bilibin podaje liczbę 75%, F o s h a y — 50%, B i e r i n s k a j a — 34,9%. Ropienie rozpadłych węzłów chłonnych może się przeciągać do kilku miesięcy lub dłużej, po czym następuje wygojenie kosztem pozostawienia po sobie grubych blizn, przypominających nieraz ściągnięte blizny po przetokach gruźliczych.

Jeśli chodzi o ogólny stan chorego, ulega on stopniowo poprawie. Gorączka utrzymująca się kilka tygodni, najczęściej 2—3, nieraz krócej, ustępuje. Łaknienie powraca, ból głowy znika, ogólne samopoczucie się poprawia, jednakowoż bardzo często w ciągu tygodni, nieraz miesięcy chory czuje się osłabiony, niezdolny do większych wysiłków fizycznych i umysłowych, co uniemożliwia mu szybki powrót do normalnych zajęć.

Opis powyższy dotyczy najbardziej typowej, najczęściej spotykanej, postaci średnio-ciężkiej. Rzadziej spotyka się postacie ciężkie, lekkie lub poronne.

W postaci ciężkiej nasilenie objawów jest większe, czas trwania gorączki dłuższy, ogólne poczucie chorego złe, jak przy ciężkich sprawach zakaźnych, przy czym mogą wystąpić różnego rodzaju powikłania ze strony narządów wewnętrznych: serca (zapa-

lenie mięśnia sercowego, osierdzia lub wsierdzia), układu nerwowego (zapalenie opon mózgowych, mózgu), oddechowego (zapalenie płuc, ropień płuc, zapalenie opłucnej) itd. W tych przypadkach rokowanie może być bardzo niepomyślne, często dochodzi do zejścia śmiertelnego.

W postaci lekkiej natomiast objawy choroby są słabo zaznaczone, początek jest mniej gwałtowny. Choroba rozpoczyna się lekkimi dreszczykami, niezbyt wielkim podskokiem ciepłoty ciała (38° — $38,5^{\circ}$), przy czym ogólne poczucie chorego nie jest złe. Sprawa trwa zazwyczaj około 1—2 tygodni. Węzły chłonne niezbyt się powiększają, nie rozmiękają, ulegają wessaniu. Chory wraca szybko do zdrowia i swych zajęć.

W postaci poronnej zaś choroba zaczyna się, jak w typowej postaci średnio-ciężkiej, dreszczami, wysoką ciepłotą, bólem głowy, mięśni, ogólnym rozbiciem. Na skórze, we wrotach zakażenia, występuje charakterystyczna zmiana pierwotna, węzły chłonne stają się bolesne, powiększają się. Po kilku dniach jednak, nagle następuje przełom w przebiegu choroby. Objawy chorobowe tak ogólne, jak miejscowe, szybko się cofają, ogólne poczucie chorego ulega poprawie, ciepłota ciała wraca do normy, zmiana pierwotna na skórze szybko się goi, węzły chłonne ulegają wessaniu. Chory po kilku dniach czuje się dobrze i powraca do swego sposobu życia.

Jeśli chodzi o czas trwania choroby obok postaci ostrej, wyżej opisanej, widuje się również postać przewlekłą. Choroba wtedy ciągnie się nieraz rok i więcej.

W przebiegu wszystkich postaci tularemii mogą wystąpić zaostrzenia i nawroty („rechutes” i „recidives” autorów francuskich). O zaostrzeniach mówimy wtedy, kiedy podczas choroby, po wyraźnym polepszeniu lub też podczas zdrowienia, następuje ponowne pogorszenie stanu choroby. Zaostrzenia takie nie należą do rzadkości. O nawrotach zaś mówimy wtedy, kiedy po całkowitym wyleczeniu i powrocie do normalnego trybu życia, w warunkach, gdzie jest wykluczona wszelka możliwość nowego zakażenia, występują ponownie charakterystyczne objawy tularemii. Nawroty te mogą być dość późne: po roku, dwóch, lub później. Ponadto nawroty mogą się powtarzać kilkakrotnie. G. P. R u d n i e w obserwował nawroty po 6 i 7 latach, W. I. K u ż n i e c o w a — po 5, 9, 10 i 12 latach, przy czym w jednym przypadku u tej samej chorej obserwowano 3 nawroty: po 2, 7 i 10 latach.

1) Typ wrzodziejąco-dymieniczny.

Przypadek Nr 39 (ogólnego zestawienia)

Chora Ch. E., lat 27. Hist. Chor. Nr 1485 (Oddz. IV. 1953). Skierowana dnia 13.III.1953 r. z rozpoznaniem tularemii. Z zawodu gospodyni domowa, zamieszkuje na wsi (Ryc. 1).



Ryc. 1. Ch. E. (przypadek Nr 39 ogólnego zestawienia). Dymienice łokciowa i pachowa po stronie lewej, dodatni odczyn śródskórny z tularyną PZH na przedramieniu prawym.

Dnia 9.II.53 r. oprawiła postrzelonego zająca „znalezionego w polu przez męża“. W osiem dni po tym (17.II.53 r.), nagle, poczuła się źle, miała silne dreszcze, bóle głowy i mięśni; ciepłota ciała podniosła się do 40°. Stan ten utrzymywał się przez 3 dni. W ciągu tego czasu z powodu uczucia ogólnego

rozbicia pozostała w łóżku. W trzecim dniu choroby zauważyła na skórze palca wskazującego ręki lewej, tuż przy paznokciu, owrzodzenie wielkości soczewicy, niebolesne. Jednocześnie wyczuła 2 „guzki“, wielkości orzecha laskowego jeden nad łokciem lewym po stronie przyśrodkowej, drugi w pasze po tej samej stronie. „Guzki“ te były nieco bolesne, tkliwe na ucisk i stopniowo się powiększały. W parę dni później wyczuła tkliwy „guzek“ wielkości dużej fasoli w pasze prawej. W czwartym dniu choroby nastąpiło polepszenie ogólnego samopoczucia, gorączka obniżyła się wahając w granicach 38° — 37° . Powróciła do swych zajęć domowych, czuła się jednak bardzo osłabiona. Przez cały czas do dnia przyjęcia do szpitala była osłabiona chwilami odczuwała bóle głowy, miewała dreszcze, pociła się często. Ciepłota ciała wahała się w granicach $36,8^{\circ}$ — 38° . Węzły chłonne, łokciowe po stronie lewej i pachowe po obu stronach, stopniowo się powiększały (Ryc. 2).

Wywiad rodzinny. Wykazuje, że w tym samym mniej więcej czasie cała rodzina chorej, składająca się z męża i 3 dzieci, zachorowała wśród objawów ostrej choroby gorączkowej (przypadek Nr 38, 40, 41 i 42 ogólnego zestawienia). Wszyscy zetknęli się z zającem.

W dniu przyjęcia do szpitala chora skarżyła się na ogólne osłabienie, bóle głowy oraz bolesność w obrębie powiększonych węzłów chłonnych. Ciepłota ciała $37,2^{\circ}$, tętno 80/min. Budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Skóra biała. Na obu kończynach górnych symetryczna wysypka plamisto-grudkowa, składająca się z wykwitów wielkości od soczewicy do małej fasoli. Na skórze palca wskazującego lewego tuż przy paznokciu strupek średnicy 3 mm.

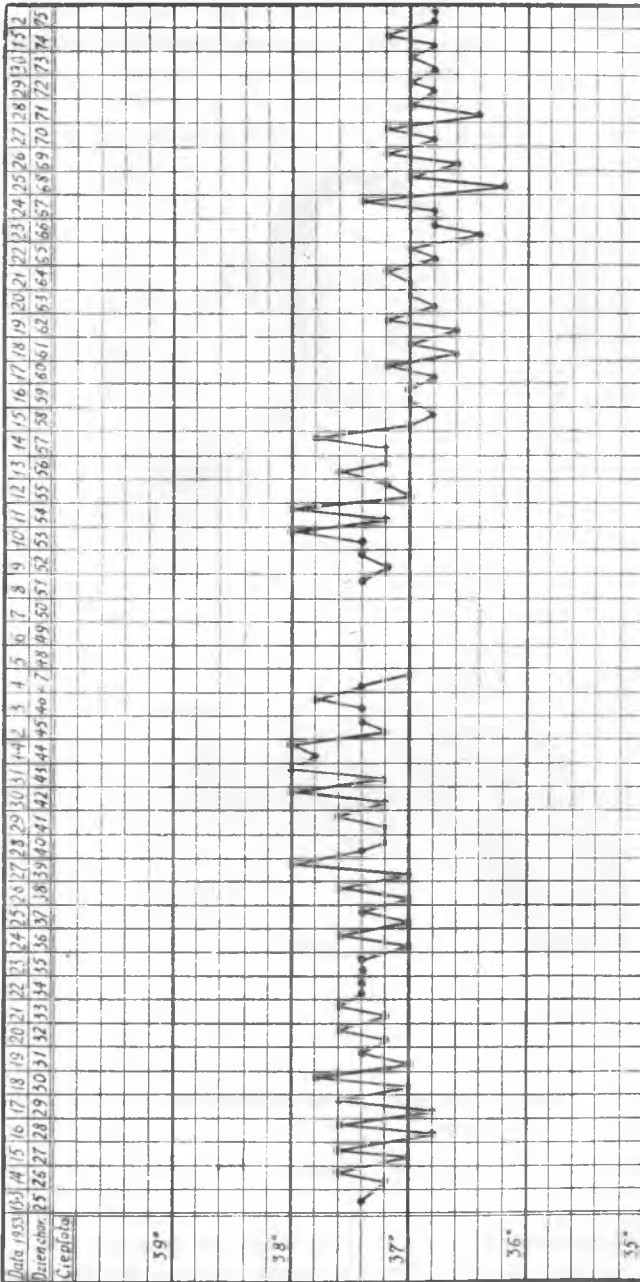
Węzły chłonne: Po stronie lewej, tuż nad nadkłykiem przyśrodkowym kości ramieniowej wyczuwa się węzeł wielkości orzecha włoskiego, bolesny przy obmacywaniu, spoiwości miękkiej, zrośnięty z podłożem i skórą. Skóra nad nim napięta, koloru ciemno-wiśniowego. W pasze lewej stwierdza się obecność guza wielkości małego jaja kurzego. utworzonego przez kilka powiększonych węzłów chłonnych, zrośniętych między sobą i z tkankami otaczającymi. Dotykanie wywołuje ból. Taką samą dymienicę stwierdza się w pasze prawej.

Poza tym nie stwierdza się odchylenia od stosunków prawidłowych. Przez cały czas pobytu w szpitalu (13.III.—2.V.53) stan podgorączkowy się utrzymywał. Samopoczucie chorej ulegało stopniowo poprawie, skarżyła się jednak stale, do dnia opuszczenia szpitala, na ogólne osłabienie. Powiększone węzły chłonne ulegały stopniowemu rozpadowi, mimo leczenia antybiotykami (streptomycyną i chloromycetyną). Dokonano 2 nakłuć węzła chłonnego łokciowego lewego po czym nastąpiło jego zmniejszenie do wielkości orzecha laskowego. Chora odmawia nakłucia lub usunięcia rozpadłych węzłów pachowych i opuszcza szpital na własne życzenie dnia 2.V.1953 r.

Badania dodatkowe:

a) Morfologia krwi (białe ciała):

17.III.53 — Krwinki białe: 8.800; obojętnochłonne 52%, kwasochłonne 5%, limfocyty — 37%, monocyty — 6%.



Ryc. 2. Karta gorączkowa chorej Ch. E. (przypadek Nr 39 ogólnego zesta wienia).

24.III.53 — Krwinki białe: 12.000; obojętnochłonne 63⁰/₀, kwasochłonne 1⁰/₀, pałeczkowate 2⁰/₀, limfocyty 34⁰/₀.

16.IV.53 — Krwinki białe: 6.400; obojętnochłonne 61⁰/₀, kwasochłonne 2⁰/₀, pałeczkowate 3⁰/₀, limfocyty 31⁰/₀, monocyty 3⁰/₀.



Ryc. 3. R. I. (przypadek Nr 43 ogólnego zestawienia). Dymienica pachowa po stronie lewej, dodatni odczyn śródskórny z tularyną PZH po stronie prawej.

22.IV.53 — Krwinki białe: 9.000; obojętnochłonne 51⁰/₀, kwasochłonne 6⁰/₀, pałeczkowate 1⁰/₀, limfocyty 42⁰/₀.

b) Odczyn zlepek z pałeczką tularemii w surowicy krwi: (patrz ogólne zestawienie).

c) Próba śródskórna z tularyną PZH nie rozcieńczoną. Wykonana 14.IV.53, odczytana po 48 godzinach — odczyn wyraźnie dodatni: naciek średnicy 3 cm, skóra zaczerwieniona, w środku pęcherzyk średnicy 3 mm.

Leczenie: a) Antybiotyki: streptomycyna — rozpoczęto 14.III.53 — 1 g dziennie, ogółem 18,5 g, chloromycetyna (racemiczna) — rozpoczęto 21.III. 1 g dziennie — ogółem 28 g.

b) Leczenie zabiegowe: 11.IV.53 — nakłucie wężła chłonnego łokciowego lewego i wypuszczenie 5,5 cm³ gęstego, żółtawego płynu, wyglądu kremowego; 14.IV.53 — ponowne nakłucie tegoż wężła z wypuszczeniem 3 cm³ gęstej, żółtawej treści.

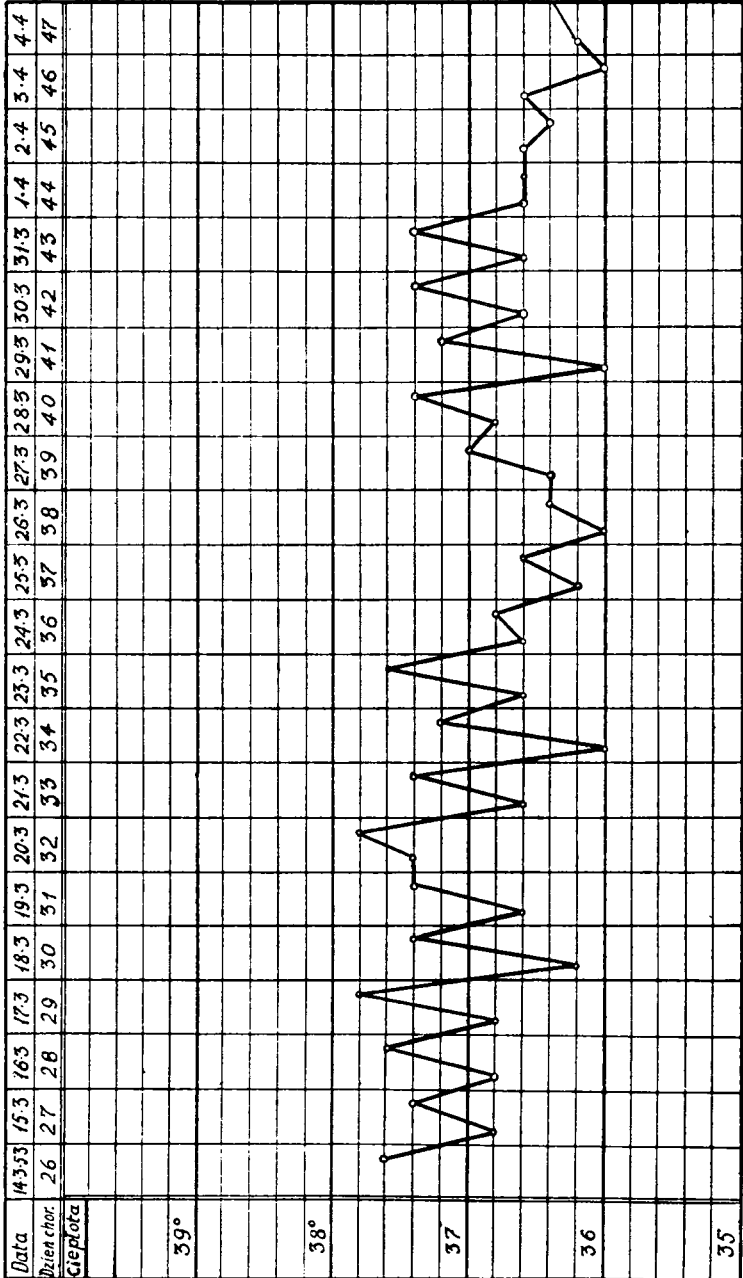
Rozpoznanie: Tularemia, postać o zmianach zewnętrznych, typ wrzodząco-dymieniczny.

Przypadek Nr 43 (o ó l n e g o z e s t a w i e n i a).

Chory R. I., lat 35. Historia choroby Nr 1511/IV/1953. Skierowany do szpitala dnia 14.III.53 r. z rozpoznaniem tularemii. Z zawodu pracownik fizyczny Spółdzielni Produkcyjnej. Zachorował nagle dnia 17.II.1953 r. podczas pracy. Choroba zaczęła się dreszczami, uczuciem ogólnego rozbicia, bólów głowy i mięśni, zwłaszcza karku oraz znacznej gorączki (40°). W ciągu wielu miesięcy poprzedzających ostatnie zachorowanie nie miał żadnej styczności z zającem. Wywiad osobisty i rodzinny bez znaczenia. W jego najbliższym otoczeniu nikt nie uskarżał się, w ciągu wielu tygodni poprzedzających jego chorobę, na dolegliwości, mogące nasunąć przypuszczenie zachorowania na tularemię.

Był w ciągu 14 dni w szpitalu powiatowym. Przez ten czas czuł się bardzo osłabiony, miał ból głowy, od czasu do czasu dreszczyki, ciepłota ciała wahała się w granicach 36,8—38°. Pod koniec pobytu w szpitalu zauważył na skórze nadgarstka lewego, po stronie dłoniowej, powierzchowne owrzodzenie średnicy 5 mm, niebolesne. Mniej więcej w tym samym czasie poczuł ból w pasze lewej, gdzie wymacywaniem stwierdził obecność „guzka“ wielkości wiśni, tkliwego na ucisk. Został wypisany bez ustalonego rozpoznania. (Ryc. 3).

W dniu przyjęcia do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego (14.III.53) skarży się na ogólne osłabienie i częste bóle głowy; ciepłota ciała wynosi 37,6° (Ryc. 4). Skóra bez wykwitów. W okolicy napiętka lewego, po stronie dłoniowej — owrzodzenie o średnicy 1/2 centymetra, o równych brzegach i dnie pokrytym szaro-żółtawym nalotem. Dokoła owrzodzenia skóra zaczerwieniona, z lekka nacieczona. Owrzodzenie nie jest bolesne, mało tkliwe na ucisk. W pasze lewej wyczuwa się guz wielkości orzecha włoskiego, utworzony przez pakiet zlepionych węzłów chłonnych, otoczony nacieczonymi tkankami. Guz ten zrosnięty z podłożem jest twardy, bolesny przy obmacywaniu. Skóra nad nim wolna, o wyglądzie nie zmienionym. Pozostałe węzły chłonne bez zmian. Poza tym nie stwierdza się nieprawidłowości. Chory pozostaje w szpitalu do dnia 2.V.53 r. Przez ten czas bez przerwy narzeka na ogólne osłabienie. Stan podgorączkowy trwa do 1.IV.53, po tym ciepłota ciała utrzymuje się stale poniżej 37°. Owrzodzenie na skórze nadgarstka lewego powoli się goi. Dymienica zaś w pasze lewej ciągle się powiększa. Dnia 27.IV. guz w pasze lewej wielkości jaja kurzego, wykazuje wyraźne chębotanie. Skóra nad nim koloru wiśniowego, napięta, cienka, lśniąca. Chory odmawia nakłucia lub usunięcia chirurgicznego zropiałych węzłów chłonnych i opuszcza szpital dnia 2.V.1953 r.



Ryc. 4. Karta gorączkowa chorego R. I. (przypadek Nr 43 ogólnego zestawienia).

Badania dodatkowe:

a) Morfologia krwi (białe ciała)

24.III.53 — Krwinki białe: 5.000; obojętnochłonne 61%, pałeczkowate 1%, limfocyty 38%.

16.IV.53 — Krwinki białe: 7.200; obojętnochłonne 60%, kwasochłonne 4%, pałeczkowate 1%, limfocyty 32%, monocyty 3%.

27.IV.53 — Krwinki białe: 9.200; obojętnochłonne 30%, kwasochłonne 1%, pałeczkowate 1%, limfocyty 68%.

b) Odczyn zlepnny z pałeczką tularemii w surowicy krwi: (patrz zestawienie ogólne).

c) Próba śródskórna z tularyną PZH nie rozcieńczoną. Wykonana 14.IV.53, odczytana po 48 godzinach — odczyn wyraźnie dodatni: naciek średnicy 4 cm skóra zaczerwieniona, w środku pęcherzyk średnicy 4 mm.

Leczenie: Antybiotyki: Streptomycyna — rozpoczęto leczenie 16.III.53 r. 1 g dziennie; ogółem — 18,5 g.

Rozpoznanie: Tularemia, postać o zmianach zewnętrznych, typ wrzodząco-dymieniczny.

2) Typ dymieniczny.

Typ dymieniczny występuje według L. C. Brum p t a w 5% wszystkich przypadków tularemii. W naszym materiale na 71 przypadków tularemii występował on w 4 przypadkach, tj. w 5,6%.

Przebieg tularemii tego typu klinicznego w zupełności pokrywa się z wyżej opisanym typem wrzodząco-dymienicznym. Jedyłą różnicę stanowi brak zmiany skórnej pierwotnej w miejscu wtargnięcia zarazka do ustroju.

Przypadek Nr 40 (ogólnego zestawienia).

Chora Ch. Z., lat 4. Historia choroby Nr 406/Ic/1953. Skierowana dnia 13.III.1953 r. z rozpoznaniem tularemii. 9. II.53 stała przy tym, jak matka opierała ją i go dotykała. Zachorowała dnia 17.II.53 wśród objawów lekkiego niedomagania ogólnego i podwyższonej ciepłoty (38°). Stan ten trwał kilka dni, później nastąpiła poprawa ogólnego poczucia; gorączka ustąpiła. W pierwszych dniach marca zaczęła się skarżyć na ból w pachwinach i matka zauważyła w pachwinie po obu stronach obecność małego „guzka“ wielkości wiśni. „Guzki“ te były bolesne przy obmacywaniu. Wywiad rodzinny wykazuje, że cała rodzina zachorowała prawie jednocześnie na tularemię (przypadki Nr 38, 39, 41, 42 ogólnego zestawienia).

W dniu przyjęcia do szpitala (13.III.53) nie sprawia wrażenia dziecka chorego. Nie gorączkuje. Ogólne poczucie dobre. Apetyt zachowany. Bawi się, jest wesoła. Budowa prawidłowa, odżywienie dobre. Skóra bez wykwitów i owrzodzeń. Węzły chłonne pachwinowe po obu stronach znacznie powiększone, zrosnięte między sobą i z podłożem, tworzą pakiety wielkości orzecha włoskiego, spistości twardej. Skóra nad nimi napięta, lśniąca, zaczerwieniona. Dymie-

nice te nie są bolesne samoistnie, dotykanie ich natomiast wywołuje ból. Poza tym w innych układach nie stwierdza się nieprawidłowości.

Pozostała w szpitalu do dnia 4.IV.53 r. Przez cały ten czas czuła się dobrze, chwilami miewała lekkie stany podgorączkowe. Dymienice pachwinowe stopniowo się powiększały, osiągnęły dnia 25.III.53 r. wielkość małego jaja kurzego i ulegały jednocześnie rozpadowi. Tegoż dnia przy dotykaniu wyczuwano wyraźne chełbotanie. Nakłuciem wydobyto z każdej strony około 10 cm³ gęstej ropy.

W dniu wypisu ze szpitala wyczuwano w pachwinach jedynie po kilka węzłów chłonnych wielkości od ziarna grochu do fasoli.

Badania dodatkowe:

a) Morfologia krwi:

16.III.53 — Białych ciałek: 12.600; pałeczkowatych 1%, wielojądrzastych obojętnochnonnych 41%, kwasochłonnych 1%, limfocytów 53%, monocytów 4%.

b) Odczyn zlepekny z pałeczką tularemii w surowicy krwi: 14.III.53 — wynik dodatni 1/800.

c) Próba śródskórna z tularyną PZH 1/20 — wynik lekko dodatni.

Rozpoznanie: Tularemia, postać o zmianach zewnętrznych, typ dymieniczny.

Leczenie: Antybiotyki: Streptomycyna — ogółem podano 7 gramów: od 13—24.III.53 po 0,3 dziennie, dnia 25.III.53 — 0,2 g.

Leczenie zabiegowe: 25.III.53 — obustronne nakłucie dymienic pachwinowych i wypuszczenie po 10 cm³ gęstej ropy.

3) Typ oczno-dymieniczny.

Możliwość tularemijnego zapalenia oczu została stwierdzona po raz pierwszy w roku 1914 przez *Wherry* i *Lamba*, którzy z wydzieliną ropnej oka chorego, cierpiącego na zapalenie spojówek, poprzez pasaż przez morską świnkę, wyhodowali pałeczkę tularemii. Pierwsze opisy obrazu klinicznego tularemijnego zapalenia spojówek podali autorzy amerykańscy: *Vail* w roku 1914, *Satter* w 1915 i *Lamb* w 1917.

Częstość występowania tego typu tularemii nie jest jednakowo oceniana przez różnych autorów. Według danych autorów amerykańskich występuje on w 1% wszystkich przypadków tularemii. Według *L. C. Brumpta* ten typ stanowi 10% wszystkich obserwowanych przypadków choroby. Na ogólną liczbę 75 przypadków badacz turecki *Huseyin* obserwował 17 przypadków typu oczno-dymienicznego, co stanowi 22,2%.

Na 71 przypadków tularemii obserwowanych przez nas, na typ oczno-dymieniczny przypadło 5 tj. 7,0% ogólnej liczby przypadków.

Przebieg kliniczny tularemii typu oczno-dymienicznego, jeśli chodzi o objawy ogólne, jest analogiczny do poprzednich dwóch typów. Różnicę stanowią wyłącznie zmiany miejscowe. Proces zapalny najczęściej umiejscawia się w obrębie spojówek i załamka, stanowiących wrota wejściowe zakażenia. Zapalenie dotyczy przeważnie jednego oka.

Jednocześnie lub wkrótce po wystąpieniu pierwszych objawów ogólnych, charakterystycznych dla zakażenia tularemijnego, chory odczuwa pieczenie w oku, ma światłowstręt i łzawienie. Przedmiotowo stwierdza się przekrwienie i obrzęk spojówek. Ponadto na tle szkarłatnych, rozpulchnionych spojówek powiekowych, przypominających czerwony aksamit, można stwierdzić na początku zachorowania małą, wznoszącą się ponad powierzchnię spojówki, grudkę. Grudka ta, w związku z rozwijającym się procesem martwicy, przyjmuje stopniowo wygląd małego, kredowo-żółtawego guzka, który dość szybko się rozpada, pozostawiając po sobie owrzodzenie o nierównych brzegach, pokryte żółtym ropnym nalotem. W innych przypadkach obraz objawu pierwotnego jest nieco inny. Zamiast samotnej grudki, ulegającej rozpadowi i pozostawiającej po sobie pojedyncze owrzodzenie, stwierdza się obecność większej ilości zrazu czerwonych, następnie kredowo-żółtych guzków, wielkości łebka od szpilki, które skupiając się razem dają obraz małego kalafiora. Guzki te ulegają rozpadowi, pozostawiając po sobie punkcikowate nadżerki, które łącząc się razem mogą tworzyć rozległe owrzodzenie o nierównych, nieraz strzępiastych, brzegach, koloru brudno-żółtawego, pokryte ropnym nalotem. Zmiany te mogą występować tak na spojówce powiekowej, jak załamku, powiek górnej lub dolnej. Częściej jednak obserwuje się je na spojówce powieki dolnej. Rogówka z reguły pozostaje nietknięta. Temu stanowi zapalenia spojówek towarzyszy większy lub mniejszy obrzęk powiek i twarzy. W ciężkich przypadkach chory nie może otworzyć oka i w razie obustronnego zapalenia, obrzękła twarz chorego przyjmuje wygląd „księżycy w pełni”. W rzadkich przypadkach proces zapalny umiejscawia się w pęcherzyku łzowym (*dacryocystitis tularemica*). Charakterystyczną cechą zapaleń oka natury tularemijnej jest stale towarzyszące w tych przypadkach zmianom ocznym powiększenie węzłów chłonnych, w pierwszym rzędzie przedusznych. Dymienica ta może wystąpić przed, jednocześnie, lub po zjawieniu się zmian zapalnych w oku. Na początku powiększone węzły są wielkości ziarna pie-

przu, grochu lub fasolki, bolesne na dotykanie, twarde, sprężyste, niezrośnięte z podłożem, łatwo przesuwalne. Nie rzadko powiększeniu ulegają węzły chłonne zauszne, karkowe, podszczękowe i szyjne. W ciężkich przypadkach proces zapalny obejmujący węzły chłonne przeduszne może się rozszerzyć na przyusznicę, co jest niejednokrotnie przyczyną mylnego rozpoznania „świnki” u tych chorych, jak to miało miejsce w jednym z przypadków podanych w naszym zestawieniu (przypadek Nr 13). Opisany obraz kliniczny wrzodziejącego zapalenia spojówek z towarzyszącym jemu powiększeniem miejscowych węzłów chłonnych, przypomina bardzo tzw. zapalenie spojówek typu Gałęzowskiego - Parinaud'a. Niektórzy autorzy nawet są zdania, że ten ostatni typ zapalenia spojówek jest niczym innym jak oczną postacią tularemii (A. N. K r u t o w a).

Jeśli chodzi o dalszy przebieg choroby, owrzodzenia na spojówkach dobrze się goją w ciągu 1—3 tygodni; dalszy zaś los powiększonych węzłów chłonnych, towarzyszących zmianom zapalnym oka, jest podobny do losu dymienic w typie wrzodziejąco-dymienicznym, opisanym wyżej. To samo się tyczy objawów ogólnych.

Przypadek Nr 13 (ogólnego zestawienia).

Chory Z. St. lat 19, pracownik fizyczny PGR. Historia choroby Nr 5458/IV/52 r. Skierowany 12.XII.52 do szpitala z rozpoznaniem nagminnego zapalenia przyusznicy i nieżyty spojówek. Dnia 2.XII.52 r. pomagał swemu bratu Z. A. w zdejmowaniu skóry z łatwo upolowanego zająca, który z trudem uciekał. Zachorował nagle, podczas pracy, 6.XII.52 wśród silnych dreszczy, bólów głowy, uczucia ogólnego rozbicia i podskoku ciepłoty ciała do 39,5°. Był zmuszony niezwłocznie pracę przerwać i położyć się do łóżka. Dnia następnego odczuł pieczenie w obu oczach czemu towarzyszyły: silne przekrwienie spojówek powiekowych i gałkowych, obustronny obrzęk powiek i sąsiednich części twarzy oraz powiększenie węzłów chłonnych przedusznych i przyusznic. Stan ten utrzymywał się bez zmian w ciągu 6 dni do chwili przybycia chorego do szpitala. Wywiad rodzinny wykazuje, że mniej więcej w tym samym czasie zachorowali nagle wśród dreszczy i podwyższonej ciepłoty ciała jego brat i bratowa, z którymi wspólnie mieszka (przypadki Nr 14 i 15 ogólnego zestawienia).

W dniu przyjęcia do szpitala (12.XII.52) ma wygląd ciężko chorego. Skarży się na uczucie ogólnego rozbicia i osłabienia, ból głowy i mięśni, silne pieczenie w oczach i światłowstręt. Gorączka 39,4°. Silny obrzęk obu powiek i sąsiednich części twarzy, prawie uniemożliwiający otwieranie oczu. Spojówki powiekowe rozpułchnione, koloru szkarłatnego, spojówki gałkowe obrzękłe, koloru czerwonego, wyglądu „krwawej żelatyny“, rogówki wgłobione, poniżej

„wału“ obrzękłych spojówek galkowych. Na spojówce dolnej powieki po stronie prawej spostrzega się kilka owrzodzeń, największe wymiarów 0,5 cm × 0,2 cm, o nierównych brzegach, pokryte żółtym nalotem. Z kątów obu oczu wycieka skąpa wydzielina śluzowo-ropna. Węzły chłonne przeduszne po obu stronach powiększone, wielkości ziarna grochu, twarde, tkliwe na ucisk, nie zrosnięte z otoczeniem. Przyusznicze obrzękłe, bolesne. Skóra bez wykwitów. Poza tym brak nieprawidłowości (Ryc. 5).



Ryc. 5. Z. St. (przypadek Nr 13. ogólnego zestawienia).

Chory pozostał w szpitalu do 27.I.53 3r. Przez ten okres stan jego ulegał stopniowo poprawie: ogólne samopoczucie się polepszało, bóle głowy słabły, ciepłota ciała stopniowo powracała do normy.

Dnia 21.XII.52 r. rozpoczęto podawanie streptomycyny w dawce 1 g dziennie i już po 3 dniach obrzęk i przekrwienie spojówek znacznie się zmniejszyły, jak również obrzęk powiek i twarzy. Chory mógł swobodnie otwierać

oczy. Przyusznice się zmniejszyły. Powiększone węzły chłonne przeduszne natomiast nie uległy zmianie.

27.I.53, w dniu wypisu chorego ze szpitala ,ogólny stan jego uległ znacznej poprawie: czuł się dobrze, nie gorączkował, przekrwienie i obrzęk spojówek znikły, owrzodzenia na spojówce dolnej powieki oka prawego się wygoiły, obrzęk powiek i twarzy znikł; przyusznice powróciły do stanu normy. Natomiast powiększone węzły chłonne przeduszne nie uległy zmianie.

Do dnia 10.II.53, tj. w przeciągu 2 tygodni czuł się dobrze i nawet powrócił do pracy. Dnia 11.II.53 miał dreszcze, bóle głowy i czuł się bardzo osłabiony. Ciepłota ciała podniosła się do 38°. Stan ten z małymi wahaniami trwał przez 2 tygodnie po czym chory został skierowany do szpitala z rozpoznaniem nawrotu tularemii.

24.II.53, w dniu powrotu do szpitala ,narzeka na ogólne osłabienie. Nie gorączkuje. Spojówki obu oczu przekrwione. Na spojówce powieki dolnej oka prawego punkcikowate owrzodzenie wielkości łebka od szpilki pokryte żółtym nalotem. Węzły chłonne przeduszne uległy powiększeniu, sięgając z każdej strony wielkości dużej fasoli. Po stronie prawej powiększony węzeł przeduszny jest spoistości miękkiej, zrośnięty z podłożem, po stronie lewej — twardy, przesuwalny. Ponadto wyczuwa się po stronie prawej, pod kątem żuchwy ,powiększony węzeł chłonny wielkości wiśni, zaś po stronie lewej w tym samym miejscu węzeł wielkości kasztana. Węzły te są spoistości twardej, bolesne przy dotykaniu, łatwo przesuwalne.

Chory pozostał w szpitalu do 12.V.53. W ciągu tego okresu ogólne jego samopoczucie ulegało stopniowo poprawie. Od czasu do czasu miewał podskoki ciepłoty do 37,5°. Zmienione węzły chłonne: przeduszne po obu stronach i podżuchwowy lewy stopniowo się powiększały dochodząc do wielkości śliwki i ulegając stopniowo rozpadowi. Ponadto w połowie marca stwierdzono obecność powiększonego węzła chłonnego wielkości jaja gołębiego po stronie lewej szyi przy przednim brzegu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, tuż pod powiększonym węzłem podżuchwowym. Węzeł chłonny szyjny stale się powiększał, zlewając się stopniowo z powiększonym węzłem podżuchwowym po tejże stronie, tworząc w połowie kwietnia jeden guz wielkości dużego jaja kurzego o spoistości na początku twardej, później miękkiej. Natomiast węzeł chłonny podżuchwowy po stronie prawej ulegał powolnemu wessaniu. Węzły chłonne przeduszne były nakłuwane, zaś pakiet chłonny szyjny po stronie lewej nacięty. Opuszczając szpital dnia 12.V.53 r. czuł się dobrze ,nie gorączkował. Węzłów chłonnych przedusznych nie wyczuwano; w ich miejscu wyczuwano jedynie stwardnienie skóry i tkanki podskórnej. Węzeł chłonny podżuchwowy po stronie prawej uległ samoistnie znacznemu zmniejszeniu, dochodząc do wielkości małego ziarnka grochu. Rana po nacięciu pakietu chłonnego szyjnego po stronie lewej prawie całkowicie się zabiłżyła.

Badania dodatkowe:

a) Morfologia krwi (ciałka białe):

13.XII.52: krwinki białe — 5.400, obojętnochłonne — 59%, pałeczkowate — 4%, limfocyty — 34%, monocyty — 3%.

15.XII.52: krwinki białe — 6.400; obojętnochłonne — 48,5%, kwasochłonne 1,5%, pałeczkowate — 2%, limfocyty — 43%, monocyty — 5%.

14.I.53: krwinki białe — 9.600; obojętnochłonne — 41%, kwasochłonne — 2%, pałeczkowate — 2%, limfocyty — 48%, monocyty — 7%.

26.I.53: krwinki białe — 7.600; obojętnochłonne — 56%, kwasochłonne — 2%, limfocyty — 40%, monocyty — 2%.

25.II.53: krwinki białe — 9.400; obojętnochłonne — 66%, kwasochłonne — 3%, pałeczkowate — 5%, limfocyty — 24%, monocyty — 2%.

27.IV.53: krwinki białe — 5.600; obojętnochłonne — 74%, kwasochłonne — 3%, pałeczkowate — 2%, limfocyty — 20%, monocyty 1%.

b) Odczyn zlepek z pałeczką tularemii w surowicy krwi: (patrz zestawienie ogólne).

c) Próba śródskórna z tularyną PZH: 21.XII.52: w rozcieńczeniu 1/100 — wynik słabo dodatni: lekkie zaczerwienienie skóry i naciek średnicy 1 cm, bez pęcherzyka. 31.XII.52: w rozcieńczeniu 1/50 — wynik słabo dodatni, jak przy poprzedniej próbie. 11.III.53: w rozcieńczeniu 1/20 — wynik ujemny.

Leczenie: Antybiotyki: Streptomycyna: rozpoczęto podawanie 21.XII.52 — 1 g dziennie, ogółem do 27.I.53 — 12 g; 23.II.—12.V.53 — 19 g. Chloromycetyna (racemiczna): 23.II.—12.V.53 — 2 g dziennie, ogółem 12 g.

Rozpoznanie: Tularemia, postać o zmianach zewnętrznych, typ oczno-dymieniczny.

Przypadek Nr 71 (ogólnego zestawienia).

Chory M. Cz. lat 33. Historia choroby Nr 1674/IV/53. Z zawodu szofer, zatrudniony w Samopomocy Chłopskiej w jednym z powiatów wojew. koszalińskiego, tuż przy granicy wschodniej województwa szczecińskiego. Skierowany do szpitala dnia 26.III.53 r. z podejrzeniem tularemii, z uwagi na powiększenie węzłów chłonnych przedusznych i podżuchwowych.

Dnia 24.I.1953 r., jadąc polem, uderzył kołem samochodu przebiegającego przez drogę zającą, po czym towarzyszący mu pomocnik dobiegł do zająca i go dobił. M. Cz. chwycił zająca za uszy, wrzucił do wozu i zawiózł do domu, gdzie go oprawiono, zgotowano i spożyto. Dnia 31.I.53 nagle, poczuł się źle, miał silne dreszcze, bóle głowy, był zupełnie rozbity przy czym ciepłota ciała podskoczyła do 40°C. Jednocześnie poczuł piekący ból w obu oczach, które, jak podaje, były bardzo zaczerwienione. W tym samym czasie zauważył na twarzy, po obu stronach, tuż przed uszami „twarde guzki“ wielkości małego ziarna grochu, oraz nieco większe „guzki“ pod kątem każdej żuchwy. Były one bolesne i tkliwe na ucisk. Po paru dniach gorączka zaczęła opadać, ogólne samopoczucie uległo znacznej poprawie. Jednakowoż pieczenie w oczach nie ustępowało. Leczył się ambulatoryjnie „kroplami do oczu“. Z uwagi na brak

poprawy został skierowany 16.II.53 r. do Kliniki Ocznej Akademii Medycznej w Szczecinie. Po 10-dniowym pobycie w Klinice objawy oczne podmiotowe i przedmiotowe zupełnie ustąpiły i został wypisany dnia 26.II.53 r. Jednocześnie powiększone węzły chłonne przeduszne i podżuchwowe po każdej stronie się utrzymywały. Po powrocie z kliniki czuł się dobrze i wrócił do swych zajęć. Na początku marca węzły chłonne przeduszne i podżuchwowe po obu stronach zaczęły się szybko powiększać. Leczył się ambulatoryjnie „okładami“ i „maściami“, bez skutku i dnia 25.III.53 r. zgłosił się do przychodni Szpitala



Ryc. 6. M. Cz. (przypadek Nr 71 ogólnego zestawienia).

Klinicznego w Szczecinie skąd z podejrzeniem tularemii skierowano go do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego (Zakaźnego). Z wywiadu rodzinnego wynika, że prawie jednocześnie z nim zachorowali, wśród dreszczy i wysokiej gorączki, jego żona i syn; bliższych wyjaśnień co do natury tej choroby żony i dziecka nie mógł podać.

26.III.53 r., w dniu przyjęcia do szpitala, chory nie gorączkuje, samopoczucie ogólne dość dobre.

Węzły chłonne (Ryc. 6):

a) przeduszne: po stronie prawej — węzeł wielkości śliwki, nieprzesuwalny, zrosnięty z podłożem, sprężysty, skóra nad nim nie zmieniona; po stronie lewej — twardy węzeł wielkości wiśni, trudno przesuwalny, skóra nad nim nie zmieniona.

b) podżuchwowe: po stronie prawej pod kątem żuchwy, węzeł wielkości jaja kurzego, zrosnięty z podłożem, nieco bolesny, chełbocący; skóra nad nim zaczerwieniona. Po stronie lewej, tuż pod kątem żuchwy, węzeł wielkości orzecha włoskiego, twardy, zrosnięty z podłożem, skóra nad nim nie zmieniona.

Poza tym nie stwierdza się odchyień od prawidłowości. Chory pozostał w szpitalu do dnia 2.V.53 r. Przez cały ten okres ogólne jego poczucie było dobre, chwilami miewał stany podgorączkowe do 37,6°C. Węzły chłonne przeduszne i podżuchwowe ulegały stopniowo rozpadowi, skóra nad nimi przybierała kolor ciemno-wiśniowy. Po nakłuciu dymienicy podżuchwowej po stronie prawej i wypuszczeniu około 5 cm³ gęstej, żółtej ropy, zaczęła się ona stopniowo kurczyć, tak, że w dniu wypisania chorego wielkość jej sięgała małej śliwki. Ponieważ chory nie zgodził się na nakłucie lub usunięcie chirurgiczne pozostałych rozmiękłych węzłów chłonnych został wypisany ze szpitala dnia 2.V.53r.

Badania dodatkowe:

a) Morfologia krwi (białe ciała):

27.III.53: krwinki białe — 8.000, obojętnochłonne 28%, kwasochłonne — 7%, pałeczkowate 3%, limfocyty 61%, monocyty 1%.

9.IV.53: krwinki białe — 7.600, obojętnochłonne 58%, kwasochłonne 6%, pałeczkowate — 2%, limfocyty — 30%, monocyty — 4%.

16.IV.53: krwinki białe — 8.600, kwasochłonne — 2%, pałeczkowate — 2%, wielojądrzaste — 59%, limfocyty — 33%, monocyty — 4%.

b) Odczyn Biernackiego: 28.III.53: opad po godzinie 20, po 2-ch — 45.

c) Odczyn zlepnny z pałeczką tularemii w surowicy krwi (patrz zestawienie ogólne).

d) Próba śródskórna z tularyną PZH (nie rozcieńczoną wykonana 31.III.53 r., odczytana po 48 godzinach — wynik wyraźnie dodatni; zaczerwienienie skóry i nacieki średnicy 3½ cm w środku pęcherzyk średnicy 3 mm. Dnia 4.IV. w miejscu pęcherzyka pozostało owrzodzenie, które się całkowicie wygoiło w ciągu 2-ch tygodni (Ryc. 7).

Leczenie: a) Antybiotyki — Streptomycyna: rozpoczęto 27.III.53 r. 1 g dziennie, ogółem 11 g. Chloromycetyna (racemiczna): rozpoczęto 30.III.53 r., 2 g dziennie, ogółem 40 g.

b) Leczenie zabiegowe: 8.IV.53 r., nakłucie dymienicy podżuchwowej po stronie prawej i wypuszczenie 5 cm³ gęstej, kremowej treści koloru żółtego.
Rozpoznanie: Tularemia, postać o zmianach zewnętrznych, typ oczno-dymieniczny.



Ryc. 7. M. Cz. (przypadek Nr 71 ogólnego zestawienia) Dodatni odczyn śródskórny z tularyną PZH.

4) Typ anginowo-dymieniczny.

Pierwszy przypadek tego typu tularemii został opisany przez autora radzieckiego Stradomskiego w roku 1934. Po nim, w latach następnych, szereg autorów radzieckich (Rudniew, Barchesz, Bierinskaja, Kłiaczkin i inni), oraz innych krajów (Oz i Vasti w Turcji, Beten w Austrii, Planson, V. de Lavergne, Cherenard we Francji i inni) opisali przypadki anginy tularemijnej. W ostatnich czasach, w miarę bliższego zapoznawania się ze zmianami tularemijnymi w gardzieli, przypadki anginy tularemijnej są coraz częściej rozpoznawane i opisywane przez autorów w różnych krajach.

Na ogólną liczbę 71 przypadków tularemii naszego zestawienia 14 przypada na ten typ kliniczny tularemii, tj. 19,7%. Zakażenie następuje drogą ustną, przez picie wody, spożywanie pokarmów zanieczyszczonych pałeczką tularemii lub wprowadzenie do ust przedmiotów zakażonych tym zarazkiem, jak fajek, papierosów, pipetek itp.

Początek zachorowania najczęściej jest nagły, w pełni zdrowia, z dreszczami, wysoką gorączką (39—40°), bólami głowy, ogólnym złym samopoczuciem. Prawie jednocześnie z tymi objawami, lub wkrótce po tym, chory zaczyna odczuwać lekki ból

w okolicy kąta żuchwy z jednej strony, rzadziej z obu. Dotykaniem stwierdza się jeden lub kilka węzłów chłonnych wielkości orzecha laskowego, twardych, nie zrośniętych z podłożem, przesuwalnych, niezbyt bolesnych. Przy oglądaniu gardła w początkowym okresie choroby obserwuje się wyłącznie lekkie zaczerwienienie migdałków, a chory rzadko kiedy skarży się na dokuczliwy ból gardła lub trudności w połykaniu. Węzły chłonne ciągle się powiększają, przy czym obok węzłów grupy podszczękowej w proces zapalny zostają również wciągnięte węzły szyjne. Objawy ogólne utrzymują się przeważnie bez zmian w ciągu 7—10 dni. Na 3 lub 4 dzień choroby, rzadziej później, przy oglądaniu gardła daje się zauważyć na migdałku po stronie powiększonych węzłów chłonnych, rzadziej na obu migdałkach, brudno-szary nalot typu włóknikowego „enduit pultacé” autorów francuskich lub rzekomo-błoniczego. Obraz ten bardzo przypomina błonicze zapalenie migdałków i jest często powodem omyłki w rozpoznaniu. W innych przypadkach, bardziej rzadkich, na powierzchni zaczerwienionego i obrzękłego migdałka stwierdza się pojedyncze owrzodzenie o nierównych brzegach i dnie utworzonym przez rozpadłe tkanki pokryte brudno-szarym nalotem, jak przy anginie Vincenta. Powoduje to często błąd w rozpoznaniu zwłaszcza, że jak podaje Bierinskaja, nie rzadko w rozmazach nalotów z chorego migdałka stwierdza się obecność krętka Vincenta (*Treponema Vincenti*) i towarzyszącego mu stale wrzecionowca (*Fusiformis fusiformis Vincent*). Charakterystyczną cechą anginy tularemijnej, jak potwierdzają wszyscy autorzy, jest niewspółmierność między natężeniem bólu w gardle, a stopniem zmian chorobowych na migdałkach. Niejednokrotnie przy bardzo rozległych zmianach martwiczych na migdałkach bóle w gardle i trudności w połykaniu są znikome. Taka sama charakterystyczna niewspółmierność istnieje między natężeniem zmian chorobowych w obrębie migdałków, a wielkością zajętych węzłów chłonnych. Rozległym zmianom w gardle mogą towarzyszyć małe dymienice i na odwrót. Bierinskaja podaje, że w pewnych przypadkach, nawet w późniejszych okresach choroby z rozmazów nalotów, pobranych z chorego migdałka, można wyhodować pałeczkę tularemii, co zdaniem tego autora jest dowodem z jednej strony swoistości zmian zapalnych na migdałkach, z drugiej zaś strony, dłuższego utrzymywania się tego zarazka w pierwotnym ognisku zakażenia.

Obok rzekomo-błoniastej i wrzodziejąco-martwiczej postaci anginy tularemijnej, obserwuje się również lekkie postaci, typu anginy nieżytowej (*a. catarrhalis*), zatokowej (*a. lacunaris*) lub grudkowej (*a. follicularis*).

Angina tularemijna ma skłonność do samoistnego wyleczenia się w ciągu 1—3 tygodni. Gorączka, której przebieg jest z reguły nie charakterystyczny, spada do normy w ciągu 1—2 tygodni od początku zachorowania. Inne objawy ogólne, jak bóle głowy, dreszcze, poty, ogólne rozbicie, ustępują powoli. Chory jednak czuje się osłabiony przez dłuższy czas, nieraz w ciągu kilku miesięcy, podobnie, jak to ma miejsce w wyżej opisanych typach klinicznych tej choroby.

Powiększone węzły chłonne, które mogą dochodzić do rozmiarów jaja kurzego i większych, albo się cofają, ulegając nawet całkowitemu wessaniu, albo się rozpadają i treść ich w postaci gęstej, lepkiej, żółtej ropy wydostaje się na zewnątrz, po przebiściu skóry w jednym lub kilku punktach. Ropienie może trwać długo, do roku i więcej, po czym następuje wygojenie kosztem grubych ściągających blizn, jak w gruźlicy.

Przypadek Nr 70 (ogólnego zestawienia).

Chora S. St. lat 15. Historia choroby Nr 2703/IV/53. Mieszka na wsi. pomaga rodzicom w prowadzeniu gospodarstwa rolnego. Skierowana do szpitala dnia 4.VI.53 r. z rozpoznaniem błonicy gardła. Około 10 maja (dokładnie sobie nie przypomina), pasąc bydło w polu, widziała jak jej psy schwyciły z trudem uciekającego zająca i zaczęły go szarpać, „porywając go na kawałki“. Po „uczcie“ jeden z psów, mając jeszcze pysk splamiony krwią zająca, przybiegł do niej i go pogłaskała. Zachorowała nagle 21 maja 1953 r. wśród następujących objawów: bólu głowy, ogólnego rozbicia, „gorączki“ (ciepłoty nie mierzyła) i bolesności w okolicy podżuchwowej prawej. Po kilku dniach do tych objawów dołączył się ból gardła po stronie prawej. Stan ten trwał bez przerwy do dnia 4.VI., kiedy to została przyjęta do szpitala. Wywiad osobisty i rodzinny — bez znaczenia. W najbliższym otoczeniu chorej nikt nie chorował w tym czasie.

W dniu przyjęcia do szpitala chora przytomna, robi wrażenie średnio-ciężko chorej. Narzeka na ogólne rozbicie, upadek sił, lekki ból gardła po stronie prawej, zwłaszcza przy polykaniu. Ciepłota ciała 38,3°C, tętno 120/min., miarowe, dobrze wypełnione, skóra bez wykwitów. Węzły chłonne: pod żuchwą po stronie prawej powiększony węzeł wielkości fasoli. Migdałki: po stronie prawej migdałek obrzękły, pokryty kożuchowatym, szarym nalotem, silnie przylegającym do podłoża, przypominającym naloty błonnicze. Pozostałe układy nie wykazują odchyień od prawidłowości.

Podejrzewając błonicę gardła, lekarz dyżurny wstrzyknął chorej 20.000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej oraz 300.000 jednostek penicyliny. Dnia 5.VI. miała pod wieczór dreszcze po czym ciepota ciała podskoczyła do 39,2°C. Od 6.VI. do 14.VI. krzywa ciepłoty o przebiegu nieprawidłowym, wykazywała stan podgorączkowy, zaś od 15.VI. aż do dnia wypisu ze szpitala (14.VII.53 r.) nie gorączkowała. Bóle gardła oraz nalot na migdałku prawym ustąpiły dnia 11.VI. Natomiast węzeł chłonny pod kątem żuchwy prawej zrazu wielkości fasoli, stopniowo się powiększał, osiągając dnia 3.VII. wielkość małej śliwki, o spoistości sprężystej. Tegoż dnia stwierdza się w dolnej części okolicy przedusznej powiększony węzeł chłonny wielkości ziarna grochu, spoistości twardej, tkliwy na ucisk. Powiększone węzły chłonne usunięto chirurgicznie 6.VII.53 r. Rany pooperacyjne dobrze się goją i chora opuszcza szpital dnia 14.VII. w dobrym stanie ogólnym.

Badania dodatkowe:

a) Morfologia krwi (białe ciała):

9.VI.53: krwinki białe — 5.600, obojętnochłonne — 68%, pałeczko-wate 2%, limfocyty 25%, monocyty 5%.

b) Badanie mikrobiologiczne i posiewy z nalotu z prawego migdałka (4.VI, 5.VI, i 6.VI) nie wykazują maczugowców błonicy.

c) Odczyn zlepek z pałeczką tularemii w surowicy krwi: (patrz ogólne zestawienie).

Leczenie: 6.VII. W znieczuleniu miejscowym usunięto przez wyłyżkowanie zropiałe węzły chłonne przeduszny i podżuchwowy po stronie prawej.

Rozpoznanie: Tularemia, postać o zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny.

5) Inne typy.

Z innych typów postaci klinicznej o zmianach zewnętrznych należy wspomnieć jeszcze o *typie ustno-dymienicznym*, z objawem pierwotnym umiejscowionym na śluzówce dna jamy ustnej (Stradomski), podniebienia (Barchasz i współpracownicy) warg, dziąseł i rowka dziąsłowo-policzkowego (Bilibin) oraz o *typie gardłowo-dymienicznym*.

We wszystkich tych typach zmianie pierwotnej towarzyszy powiększenie miejscowych węzłów chłonnych. Objawy ogólne i dalszy rozwój choroby, są zasadniczo podobne do opisanych już wyżej przy omawianiu symptomatologii ogólnej i przebiegu procesu chorobowego poprzednich typów. Jednakowoż w typie gardłowym z uwagi na dymienicę węzłów szyjnych głębokich, a zwłaszcza pozagardłowych, występuje trudność w połykaniu i oddychaniu, co może wymagać w ciężkich przypadkach doraźnego

zabiegu chirurgicznego. Ponadto w przypadkach dymienicy pozagardłowej rokowanie może być bardzo niedobre, jeśli przebicie zropiałych węzłów chłonnych nastąpi nie w kierunku jamy gardłowej lecz ku tyłowi, do przestrzeni pozagardłowej. W tych przypadkach powstaje ropowica pozagardłowa, która może się zakończyć zejściem śmiertelnym.

Przypadek Nr 38 (ogólnego zestawienia).

Chory Ch. A. lat 30, zamieszkuje na wsi, zatrudniony jako pracownik fizyczny w Spółdzielni hodowli koni. Skierowany do szpitala dnia 22.II.53 r. z rozpoznaniem tularemii. 9.II.1953 r. idąc polem „znalazł przy drodze postrzelonego zająca“. Chwytał go za nogi i zaniósł do domu, gdzie zdarł z niego skórę. Pomagali mu przy tym wszyscy członkowie rodziny. Zająca ugotowano i spożyto. Zachorował nagle dnia 17.II.53 wśród dreszczy, ogólnego rozbicia, bólów głowy i mięśni karku, pleców i łydek. Ciepłota ciała podskoczyła do 39°. Nazajutrz odczuł ból piekący w jamie ustnej umiejscowiony w tylnej części dziąsła dolnego po stronie lewej. Prawie w tym samym czasie zauważył obustronne powiększenie węzłów chłonnych podbródkowych. Wywiad rodzinny: jednocześnie z nim zachorowała cała jego rodzina wśród objawów ostrej choroby gorączkowej (przypadki Nr 39, 40, 41 i 42 ogólnego zestawienia).

W dniu przyjęcia do szpitala (22.II.53 r.): ciepłota ciała 37,6°, tętno odpowiednie do temperatury. Skóra bez wykwitów. Węzły chłonne podbródkowe po obu stronach powiększone, wielkości wiśni, twarde, bolesne przy dotykaniu, nie zrośnięte z podłożem, łatwo przesuwalne. Po stronie lewej, w górnej części szyi, tuż przy brzegu mięśnia mostkowo-obojęczykowo-sutkowego, wyczuwa się powiększony węzeł chłonny wielkości wiśni, słabo przesuwalny, bolesny przy dotykaniu. W jamie ustnej, na dziąsle dolnym, po stronie lewej, tuż pod pierwszym zębem trzonowym, widać owalną nadżerkę wielkości soczewicy o brzegach nierównych i dnie pokrytym szarym nalotem. Otaczająca śluzówka dziąsła mocno zaczerwieniona. Poza tym, w pozostałych układach, nie stwierdza się odchylenia od normy. (Ryc. 8) (Ryc. 9).

Chory pozostał w szpitalu do dnia 12.V.1953. Przez cały ten czas przeważnie gorączkował, przy czym krzywa ciepłoty nie wykazywała charakterystycznego obrazu. Ogólne poczucie chorego ulegało stopniowo poprawie. Miewał jednak okresowo dreszczyki i nasilenie bólów głowy. Nadżerka na dziąsle dolnym po stronie lewej wygoiła się w ciągu 2 tygodni, pozostawiając po sobie jedynie gładką jasno-różową bliznę. Zmienione węzły chłonne natomiast stopniowo się powiększały. 13.III.53 węzły podbródkowe, po każdej stronie, sięgały wielkości orzecha laskowego, zaś powiększony węzeł szyjny po stronie lewej był wielkości orzecha włoskiego. Tegoż dnia chory skarżył się również na ból w pasze lewej i przy dotykaniu w tej okolicy stwierdza się obecność powiększonego węzła chłonnego wielkości jaja gołębiego, twardego, bolesnego na ucisk, łatwo przesuwalnego.

Pomimo leczenia antybiotykami (streptomycyna i chloromycetyna) zmienione węzły chłonne ciągle się powiększały. 4.IV.53 węzły podbródkowe sięgały już z każdej strony wielkości orzecha włoskiego, były zrośnięte z podłożem, spoistości miękkiej. Węzeł szyjny lewy dochodził do wielkości jaja kurzego, był zrośnięty z podłożem, spoistości miękkiej, zaś węzeł pachowy po tejże stronie był wielkości orzecha włoskiego. 18.IV.53 — w znieczuleniu miejscowym usunięto przez wyłyżkowanie węzły chłonne podbródkowe, zupełnie rozpadłe, zaś 21.IV. węzeł chłonny szyjny po stronie lewej, który w dniu zabiegu dochodził do wielkości jaja kaczego.



Ryc. 8.. Ch. A. (przypadek Nr 38 ogólnego zestawienia).

2.V. — rany pooperacyjne dobrze się goją. Ogólne poczucie chorego dobre, nie gorączkuje. Węzeł chłonny pachowy lewy sięga wielkości jaja kurzego. Jest zrośnięty z podłożem, rozmiękły, skóra nad nim napięta, lśniąca, koloru wiśniowego. Nakłuciem wypuszcza się 20 cm³ ropy. 4.V.53 ponowne nakłucie i wypuszczenie 5 cm³ ropy.

12.V.53 przy wypisie ze szpitala ogólny stan chorego uległ znacznej poprawie: czuje się silniejszy, nie gorączkuje, bóle głowy zupełnie ustały, rany pooperacyjne prawie zagojone. Węzeł chłonny pachowy lewy zapadnięty, wielkości migdała, spoistości pastowatej, nieco tkliwy przy dotykaniu.

Badania dodatkowe:

a) Morfologia krwi (ciałka białe)

22.II.53: krwinki białe 8.000, obojętnochłonne — 40%, kwasochłonne 1%, limfocyty — 59%.

24.III.53: krwinki białe — 12.000, obojętnochłonne — 56%, kwasochłonne — 1%, pałeczkowate — 2%, limfocyty — 40%, monocyty — 1%.

9.IV.53: krwinki białe — 14.600, obojętnochłonne — 54%, kwasochłonne — 4%, pałeczkowate — 3%, limfocyty — 36%, monocyty — 3%.

16.IV.53: krwinki białe — 11.200, obojętnochłonne — 60%, kwasochłonne — 3%, limfocyty — 33%, monocyty — 2%.

27.IV.53: krwinki białe — 12.000, obojętnochłonne — 50%, limfocyty — 47%, monocyty — 3%.

b) Odczyn Biernackiego: 22.II.53 r.: opad po godzinie 30, po dwóch godzinach 40.

c) Odczyn zlepty z pałeczką tularemii w surowicy krwi: (patrz zestawienie ogólne).

d) Próba śródskórna z tularyną PZH (nierozcieńczoną): Wykonana 11.III.53 r. — odczytana po 48 i 72 godzinach — wynik ujemny.

Leczenie: a) Antybiotyki: Streptomycyna — rozpoczęto 28.II. po 1 g dziennie ogółem 27 g. Chloromycetyna (racemiczna) — rozpoczęto 21.III.53 — 2 g dziennie ogółem 40 g. b) Leczenie zabiegowe:

18.IV.53 — wyłyżkowanie rozpadłych węzłów chłonnych podbródkowych po obu stronach. 21.IV.53 — wyłyżkowanie zropiałego węzła chłonnego szyjnego. 2.V.53 — nakłucie węzła pachowego lewego i wypuszczenie 20 cm³ ropy. 4.V.53 — Ponowne nakłucie tego węzła i wypuszczenie 5 cm³ kremowej treści.

Rozpoznanie: Tularemia, postać o zmianach zewnętrznych, typ ustnodymieniczny.

Obok czystych typów klinicznych mogą występować typy mieszane tej postaci klinicznej. W naszym zestawieniu figurują 3 przypadki typów mieszanych: *wrzodziejąco-dymienicznego* i *oczno-dymienicznego*, *dymienicznego* i *anginowo-dymienicznego*, oraz *oczno-dymienicznego* i *anginowo-dymienicznego* (patrz tabl. Nr 4).

B. Postać o zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych

1) Typ oddechowy.

Zależnie od umiejscowienia zmian chorobowych dzielimy ten typ na dwie odmiany:

a) górną i b) dolną, czyli płucną.

W pierwszej proces zapalny umiejscawia się na śluzówce krtani, tchawicy lub oskrzeli oraz w okolicznych węzłach chłonnych, w drugiej w płucach. W tym typie klinicznych tularemii zakażenie następuje w pierwszym rzędzie drogą wziewną tj. przez

wdychanie kurzu, zawierającego pałeczki tularemii. Piśmiennictwo światowe obfituje w doniesienia różnych autorów dotyczące zakażenia tularemią drogą wziewną (Chatieniewier, Sinaj, Wolferc, Rudniew, Bierinskaja, Bilibin, Prozorow, Mołotkow, Foshay, Permar, Mac Lachlan, Kavanaugh, Blackford, Fetterman, Lerner i inni). Należy jednak zaznaczyć, że obok mechanizmu zakażenia drogą wziewną umiejscowienie procesu zapalnego w płucach może nastąpić również i na drodze przerzutu do mięszu płucnego zarazków tularemii z innego ogniska tej choroby w ustroju.

Tularemijne zapalenia płuc mogą być zatem pierwotne, tj. zewnątrz-pochodne albo wziewne („aspiracyjne” autorów radzieckich) i wtórne tj. wewnątrz-pochodne. Te ostatnie, mogą być z kolei czy to krwiopochodne (hematogenne), wywoływane przez przerzut zarazków z innego ogniska tularemii w ustroju bezpośrednio do mięszu płucnego lub też powodowane przez szerzenie się „per continuitatem” procesu zapalnego z zajętych węzłów chłonnych oskrzelowo-płucnych na mięsz płucny (Rudniew).

a) Odmiana górna.

W tej odmianie zmiana pierwotna umiejscawia się w obrębie krtani, tchawicy lub oskrzeli. Symptomatologia ogólna jest podobna do tej, jaką opisaliśmy przy typie wrzodziejąco-dymienicznym. Do tego dochodzą: przy zajęciu krtani — większy lub mniejszy ból gardła i zaburzenia fonetyczne; przy zmianach w tchawicy a zwłaszcza w oskrzelach — kaszel, przeważnie suchy. Ponadto, ponieważ przy zmianach w krtani, tchawicy i górnego odcinka oskrzeli powiększeniu ulegają węzły chłonne szyjne głębokie i tchawicze, często występują trudności mechaniczne w oddychaniu i połykaniu, zwłaszcza przy większych dymienicach. Rokowanie bywa różne. W typach: krtaniowym, tchawiczym i oskrzelowym górnym, jeśli nie dochodzi do zropienia dymienic, jest ono zasadniczo dobre. W przypadkach zaś zropienia powiększonych węzłów szyjnych głębokich i tchawicznych, rokowanie może być bardzo niepomyślne. Jeśli masa ropna nie przebija się na zewnątrz, lecz draży w głąb, rozlewa się pomiędzy powięziami i tworzy głęboką ropowicę szyjną. Może dojść wówczas do zejścia śmiertelnego jeśli zawczasu się nie wkroczy chirurgicznie. W przypadkach, gdy zmiana pierwotna umiejscawia się w dolnej części oskrzeli, powiększeniu ulegają węzły chłonne znajdujące się głą-

boko w klatce piersiowej. Na skutek mechanicznego ucisku na sąsiednie narządy, zwłaszcza przy dużych dymienicach, występują bóle w klatce piersiowej i trudności w oddychaniu. Rokowanie zależy od dalszego przebiegu procesu zapalnego. Jeśli występuje wessanie wysięku zapalnego w powiększonych węzłach chłonnych — następuje wyleczenie. Jeśli natomiast dochodzi do rozpadu dymienic rokowanie zależy od tego, czy masy ropne przebijają się do śródpiersia, opłucnej lub worka osierdziowego, czy też do światła oskrzeli. W pierwszym przypadku rokowanie jest bardzo niepomysłne i zwykle kończy się zejściem śmiertelnym. W drugim jest ono zasadniczo lepsze. Jednakowoż i w tym przypadku nie zawsze jest ono pomysłne, gdyż z jednej strony może nastąpić wtórne zakażenie płuc przez zachłyśnięcie, z drugiej zaś strony przebicie do oskrzeli otwiera drogę do wtórnego, bardzo niebezpiecznego, zakażenia śródpiersia ze strony dróg oddechowych.

W naszym zestawieniu na typ oddechowy, odmiana górna, przypada 1 chory tj. 1,4⁰/₀ wszystkich zachorowań na tularemie.

Przypadek Nr 65 (ogólnego zestawienia).

Chora K. K. lat 22. Historia choroby Nr 1743/IV/53. Pracownica fizyczna PGR. Skierowana do szpitala 2.IV.53 z rozpoznaniem „podejrzenie tularemii“. Pod koniec marca 1953 r. pracowała przy omłotach starego stogu zboża, który pozostał w polu przez jesień i zimę nie zabezpieczony rowem ochronnym przed dostępem drobnych gryzoni polnych. W stogu tym „roiło się“ od trupów polników. Nie zaopatrzona w respirator, wdychała podczas pracy kurz, który się unosił ze zboża przy młóceniu. Zachorowała pod koniec marca (dokładnej daty nie mogła podać) wśród bólów głowy, ogólnego rozbicia, dreszczyków i „wysokiej gorączki“ (gorączki nie mierzyła). Pracy jednak nie przerwała. W kilka dni później uległa lekkiemu urazowi nadgarstka prawego i zgłosiła się ambulatoryjnie do chirurga o poradę. Skarżyła się przy tym również na ogólne rozbicie, podwyższoną gorączkę (38°) bóle głowy, dreszcze, suchy kaszel i lekkie bóle w klatce piersiowej. Na podstawie tych objawów i uwzględniając okoliczność, że kilka dni przed zachorowaniem pracowała przy omłotach starego stogu w PGR, gdzie miesiąc przed tym zanotowano przypadek tularemii (Nr 52 ogólnego zestawienia) — chirurg pomyślał o możliwości postaci oddechowej tularemii u tej chorej i z tym rozpoznaniem skierował ją do szpitala.

W dniu przyjęcia do szpitala (2.IV.53) sprawa wrażenie średniociężkiej chorej. Skarży się na ogólne osłabienie i ból głowy. Chwilami kaszle, nie odpluwa. Ciężota ciała 38,6°. Tętno odpowiednie do gorączki. Skóra bez wykwitów. Węzły chłonne nie powiększone. Wypuk klatki piersiowej jawny. Osłuchowo stwierdza się po stronie prawej miejscami lekkie furczenia. Poza tym brak odchyłań od prawidłowości. Wywiad osobisty i rodzinny — bez

znaczenia. Sześć tygodni przed tym traktorzysta tego samego PGR, zachorował na tularemię wskutek zdzierania skóry z upolowanego zająca w pobliżu PGR. Poza tym nikt z otoczenia nie chorował.

Pozostała w szpitalu z krótką przerwą 4-dniową (21.IV—25.IV) do dnia 2.V.53 r. W ciągu tego czasu gorączka wahała się w granicach 36° — 39° , przy czym krzywa ciepłoty nie posiadała cech charakterystycznych. Opuszczając szpital na własne życzenie, czuła się lepiej, suchy kaszel i bóle w klatce piersiowej znikły. Przy osłuchiwaniu klatki piersiowej nie stwierdzano odchyień od normy. Ciepłota ciała jednak była podwyższona (37°C) (Ryc. 10).

Badania dodatkowe:

a) Morfologia krwi (białe ciała):

4.IV.53 — krwinki białe — 10.400, obojętnochłonne — 69%, pałeczki-kowate — 2%, limfocyty — 29%.

b) Prześwietlenie klatki piersiowej:

16.IV.53 — nie wykazało odchyień od normy.

c) Odczyn zlepek z pałeczką tularemii w surowicy krwi (patrz zestawienie ogólne):

d) Próba śródskórna z tularyną PZH (nie rozcieńczona). Wykonana 4.IV.53, odczytana po 48 i 72 godzinach. Wynik wyraźnie dodatni: skóra zaczerwieniona, naciek średnicy 3 cm, pośrodku pęcherzyk średnicy 2 mm.

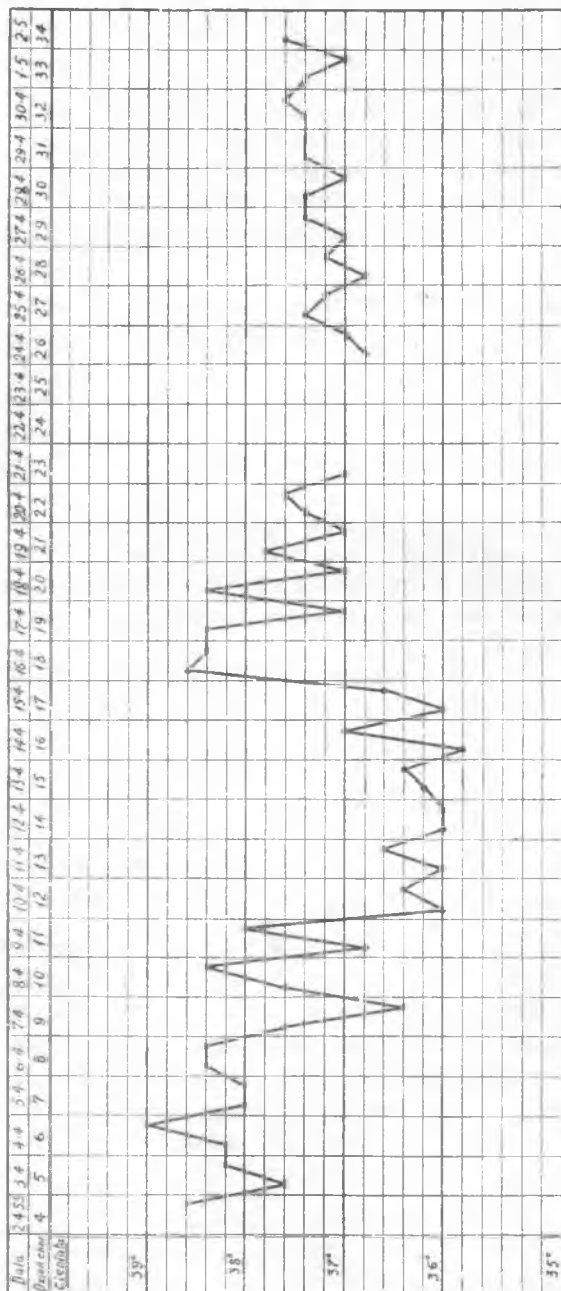
Leczenie: Antybiotyki: Sterptomycyna — rozpoczęto leczenie 7.IV.53, 1 g dziennie, ogółem 9 g.

Rozpoznanie: Tularemia, postać o zmianach w narządach wewnętrznych, typ oddechowy (odmiana górna).

b) Odmiana dolna albo tularemijne zapalenie płuc.

Częstość tego typu klinicznego jest różnie oceniana przez różnych autorów. Kavanagh na ogólną liczbę 123 przypadków tularemii stwierdził ten typ w 12%, Foshay w 15,2%, Blackford w 18,2%, Bierinskaja w 14,2%.

Symptomatologia ogólna tularemijnego zapalenia płuc nie posiada własnych cech charakterystycznych (G. R. Rubinsztein). Objawy ogólne są analogiczne do spotykanych w innych postaciach tularemii, które opisaliśmy wyżej. Najczęściej początek zachorowania jest ostry (Bierinskaja, G. R. Rubinsztein), z dreszczami, wysoką gorączką, silnymi bólami głowy, ogólnym rozbiciem. Krzywa ciepłoty nie ma charakterystycznego wyglądu. Według Bierinskiej jedną z cech swobodnych tego typu klinicznego tularemii jest tętno zwolnione. Zdarza się, że po utrzymaniu się na wysokim poziomie w ciągu kilkunastu dni, ciepłota ciała spada, aby po 24—48 godzinach znów się podnieść (G. R. Rubinsztein). Suchy kaszel, przyśpieszenie



Ryc. 10. Karta gorączkowa chorej K. K. (przypadek Nr 65 ogólnego zestawienia).

rytmu oddechowego, sinica i duszność obserwuje się jedynie w przypadkach rozległych zmian w płucach (Bierinskaja). Płwocina zazwyczaj jest skąpa lub jej brak. W rzadkich przypadkach chory odpluwa obfitą, gęstą, śluzowo-ropną wydzieliną, czasem z domieszką krwi (Bierinskaja, Rudniew). Bóle w klatce piersiowej nie należą do częstych objawów. Objawy przedmiotowe w płucach tak opukowe, osłuchowe, jak radiologiczne występują dość późno, dopiero w 3 tygodniu choroby, co miałyby, zdaniem Bierinskiej, być dowodem tego, że proces zapalny zaczyna się w okolicy wnęki płucnej, w oskrzelach i stamtąd dopiero przechodzi na tkankę płucną. Badając chorego w 3 tygodniu choroby, stwierdza się opukowo i osłuchowo objawy płatowego lub odoskrzelowego zapalenia płuc. Rentgenologicznie stwierdza się większe lub mniejsze pola zagęszczenia miąższu płucnego. W pewnej ilości przypadków notuje się wyłącznie powiększenie węzłów chłonnych oskrzelowych bez uchwytnych zmian rentgenologicznych w płucach. Na ogół „rentgenologicznie żadnych cech charakterystycznych te zapalenia płuc nie posiadają” (G. R. Rubinsztejn).

Czas trwania choroby zwykle przedłuża się do 4—8 tygodni. Ciepłota ciała o przebiegu niecharakterystycznym, utrzymuje się na poziomie ok. 3 tygodni. Przez ten czas również utrzymują się ogólne objawy chorobowe, jak złe samopoczucie, ogólne rozbicie, ból głowy i charakterystyczne osłabienie.

Proces zapalny w płucach może się skończyć pomyślnie. Następuje wówczas całkowite wessanie, likwidacja ogniska zapalnego i chory powraca do zdrowia, aczkolwiek, jak to ma zresztą miejsce w innych typach klinicznych tularemii, w ciągu długich tygodni, nieraz i miesięcy, czuje się on bardzo osłabiony, niezdolny do większych wysiłków fizycznych i psychicznych, co czyni z niego przejściowo inwalidę, niezdolnego do wykonywania swej pracy zawodowej, zwłaszcza, jeśli chodzi o pracownika fizycznego.

W innych przypadkach proces zapalny prowadzi do zropienia. Następuje rozpad ogniska zapalnego, tworzy się ropień płuca, który doprowadza bardzo często do zejścia śmiertelnego. Nie rzadko tularemijne zapalenie płuc wikła zapalenie opłucnej, suche lub wysiękowe.

Tularemijne zapalenie płuc należy do najbardziej groźnych typów klinicznych tej choroby i nie leczone wcześniej antybiotyk-

kami kończy się śmiercią w 30—40% przypadków. W naszym materiale nie tylko przypadków tularemijnego zapalenia płuc.

2) Typ żołądkowo-jelitowy.

W naszym zestawieniu występuje w 4,2% wszystkich przypadków tularemii. Zakażenie następuje drogą ustną. Wrota zakażenia mieszczą się w obrębie dolnej części przewodu pokarmowego, w żołądku lub jelitach. Zmianie pierwotnej na śluzówce tych narządów towarzyszy proces zapalny w okolicznych węzłach chłonnych.

W piśmiennictwie światowym spotykamy opisy zmian zapalnych martwiczych w żołądku, jelicie cienkim i grubym. Symptomatologia ogólna nie odbiega zasadniczo w tym typie od tej, jaką opisywaliśmy przy omawianiu obrazu klinicznego poprzednich postaci i typów klinicznych tularemii. Początek choroby najczęściej jest nagły, gwałtowny, w pełni zdrowia, z dreszczami, wysoką gorączką, bólem głowy, ogólnym rozbiciem. Do tego nie rzadko dołączają się bóle brzucha, czasami wymioty lub biegunka. Stan ten utrzymuje się średnio około 1—2 tygodni, przy czym krzywa ciepłoty ciała nie ma charakterystycznego przebiegu. Może się ona utrzymywać przez ten czas stale na wysokim poziomie (ok. 39°) z małymi wahaniami, może wykazywać wielkie wahania, jak w ostrych posocznicach, przy czym chory miewa dreszcze i obfite poty. Może po kilku dniach spaść do normy i utrzymywać się na tym poziomie aż do wyleczenia i może wreszcie przebiegać zupełnie atypowo, już to spadać do normy, względnie podnosić powyżej 37°. Śledziona może być powiększona. Rzecz prosta, że w takich przypadkach, z uwagi na brak wszelkich uchwytnych zmian miejscowych, przy ogólnym odczynie ustroju, z wysoką gorączką, nierzadko macalną śledzioną, przy większych lub mniejszych zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego — rozpoznanie kliniczne idzie w kierunku takich ostrych chorób zakaźnych jak: grypa, prosówka, leptospirozy, ostra postać brucelozy, dur plamisty, dur brzuszny i dury rzekome, jeśli się nie myśli o tularemii. Rokowanie w tych przypadkach jest zasadniczo dobre. Po 2—4 tygodniach następuje wyzdrowienie, aczkolwiek podobnie jak w poprzednich typach klinicznych tularemii, niejednokrotnie w ciągu długich tygodni, nawet miesięcy, chory czuje się osłabiony, niezdolny do większych wysiłków fizycznych lub umysłowych. W przypadkach rzadkich, kiedy zajęte okoliczne węzły chłonne ulegają zropieniu i przebicciu do jamy otrzewnowej, nastę-

puje rozlane ropne zapalenie otrzewnej, doprowadzające szybko do zejścia śmiertelnego. Przypadek zropienia węzłów chłonnych krezkowych z przebicciem do jamy otrzewnowej, który zakończył się śmiercią, obserwowana B i e r i n s k a j a.

Przypadek Nr 9 (ogólnego zestawienia).

Chora J. J., lat 14. Historia choroby Nr 4977/IV/52 r. Uczennica, zamieszkuje na wsi z rodzicami; ojciec pracownik fizyczny Spółdzielni Produkcyjnej. Skierowana dnia 6.XI.52 do szpitala z rozpoznaniem: „podejrzanie duru brzuszego“. Dnia 4.XI.52 psy domu schwytały ledwie uciekającego zająca. Ojciec odpędził psy, dobił jeszcze żyjącego zająca, po czym dwaj bracia chorej zdarli mu skórę, zaś matka go oprawiła i zgotowała. Cała rodzina spożyła tego zająca. J. J. pomagała matce w zmywaniu naczyń, na których leżał pokrojony zając. Zachorowała nagle 6.XI.52 wśród dreszczy, ogólnego rozbicia, silnych bólów głowy, podwyższonej ciepłoty ciała (39°) oraz nudności i bólów brzucha.

Wywiad rodzinny wykazuje, że obaj bracia i matka zachorowali prawie jednocześnie z chorą wśród objawów ostrej choroby gorączkowej (przypadki Nr 8, 10 i 11 ogólnego zestawienia).

W dniu przyjęcia do szpitala (7.XI.52) robi wrażenie ciężko chorej, jest nieco zamroczone, skarży się na nudności, bóle brzucha, głowy i ogólne osłabienie. Ciepłota ciała $38,6^{\circ}$, tętno 100/min. Skóra bez wykwitów, węzły chłonne nie powiększone. Język obłożony brudnym nalotem. Powłoki jamy brzusznej miękkie, wątroba i śledziona nie powiększone; okolica dołka podsercowego i pępka tkliwe na ucisk. W innych narządach, za wyjątkiem powiększonej tarczycy (od kilku lat) brak odchyłeń od prawidłowości.

Pozostała w szpitalu do 28.XI.52. Stan jej ulegał stopniowo poprawie. Przebieg krzywej gorączkowej (patrz wykres) nie był charakterystyczny: do dnia 11.XI. ciepłota ciała wahała się w granicach $37,2^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$, później stany podgorączkowe przeplatały się z okresami spadku poniżej 37° . (Ryc. 11). W dniu 18.XI. 52 r. śledziona była lekko macalna na szczycie oddechu pod łukiem żebrowym.

Opuszczając szpital czuła się dobrze; bóle brzucha ustały, nie gorączkowała.

Badania dodatkowe:

a) Morfologia krwi (ciałka białe): .

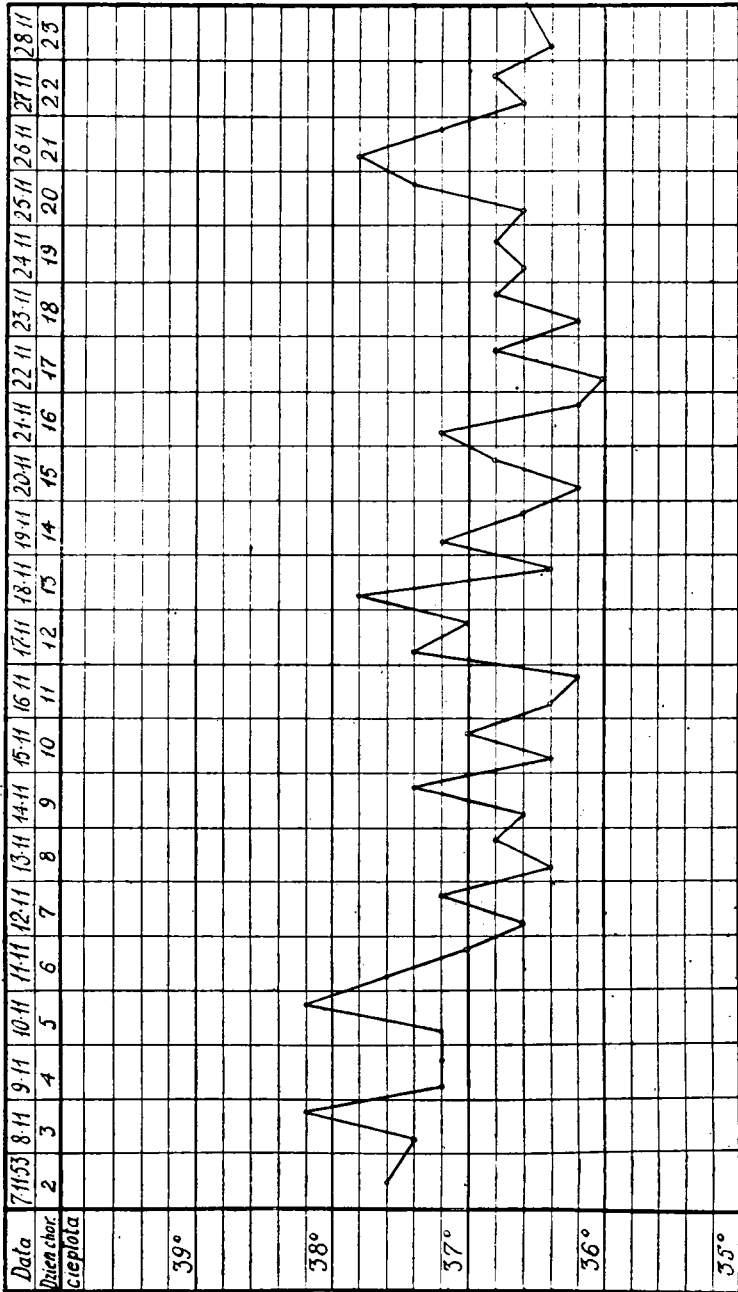
20.XI.52: krwinki białe — 14.800; objętochnonne — 46% , kwasochłonne — 4% , limfocyty — 46% , monocyty — 4% .

26.XI.52: krwinki białe — 10.200; objętochnonne — 29% , pałeczkowate — 2% , limfocyty — 62% , duże limfocyty — 5% , monocyty — 2% .

b) Odczyn zlepy z pałeczką tularemii w surowicy krwi:

18.XI.52, 13-ty dzień choroby — wynik dodatni 1/50.

25.XI.52, 20-ty dzień choroby — wynik dodatni 1/400.



Ryc. 11. Karta gorączkowa chorej J. J. (przypadek Nr 9 ogólnego zestawienia).

c) Próba śródskórna z tularyną PZH w rozcieńczeniu 1/1000: Wykonana 23.XI.52, odczytana po 48 i 72 godzinach — wynik wyraźnie dodatni: naciek średnicy 3 cm, skóra zaczerwieniona, w środku pęcherzyk średnicy 2 mm. Leczenie: objawowe

Rozpoznanie: Tularemia — postać o zmianach w narządach wewnętrznych, typ żołądkowo-jelitowy.

3) Inne typy kliniczne.

a) Typ przełykowy.

W naszym zestawieniu występuje on w 1 przypadku tj. w 1,4% wszystkich przypadków tularemii. W tego typu zachorowaniu wrota zakażenia mieszczą się w przełyku. Zmianie pierwotnej na śluzówce przełyku towarzyszy powiększenie okolicznych węzłów chłonnych jak np. szyjnych głębokich, jeśli zmiana mieści się w górnej części przełyku, a tylnych śródpiersiowych, jeśli mieści się w dolnej części. Obok ogólnych objawów klinicznych, charakterystycznych dla wszystkich postaci tularemii, w tym właśnie typie klinicznym, na skutek zmian miejscowych w śluzówce przełyku, występują bóle podczas i po połykaniu, zwłaszcza pokarmów suchych. W przypadku Nr 27 ogólnego zestawienia chora W. T. odczuwała stale bóle w jednym miejscu za mostkiem przy przełykaniu suchych lub gęstych pokarmów. Ból był bardziej łagodny przy przełykaniu pokarmów płynnych.

Rokowanie w typie przełykowym tularemii jest zależne od dalszego losu powiększonych węzłów chłonnych. Jeśli nie ulegają zropieniu rokowanie jest dobre, w przeciwnym razie należy mieć na uwadze powikłania. Jeśli bowiem zajęte są węzły chłonne szyjne głębokie i następuje przebicie „na zewnątrz” po przez skórę, po krótszym lub dłuższym okresie ropienia, dochodzi do wyleczenia. Natomiast gdy przebicie nastąpi „na wewnątrz” tworzy się wówczas rozlana głęboka ropowica szyjna, która kończy się zazwyczaj zejściem śmiertelnym, o ile zawczasu nie wkroczy się doraźnie chirurgicznie i nie da się ujścia na zewnątrz masom ropnym. W wypadku, gdy rozpadowi ulegają dymienice śródpiersiowe, masy ropne przebijają się do tkanek otaczających (śródpiersie, worek osierdziowy, opłucna, oskrzela i płuca), powodując ropne zapalenie tych narządów o bardzo niepomyślnym rokowaniu.

Przypadek Nr 27 (ogólnego zestawienia).

Chora W. T., lat 20. Historia choroby Nr 811/IV/53. Skierowana do szpitala dnia 29.I.53 z rozpoznaniem tularemii. Z zawodu urzędniczka, zamieszkuje

w miasteczku. Dnia 15.I.53 r. spożyła lekko przysmażone, na wpeł surowe mięso zająca, подарowanego rodzinie przez „myśliwego“. Zachorowała nagle dnia 21.I.53. wśród dreszczy, bólów głowy, ogólnego rozbicia oraz bólu za mostkiem podczas i po połykaniu zwłaszcza suchych lub gęstych pokarmów. Gorączka podskoczyła do 40°C. Stan ten utrzymywał się bez znacznych wahań, przez 8 dni. Wywiad rodzinny wykazuje, że w tym samym czasie zachorowali wśród objawów ostrej choroby gorączkowej matka, siostra i brat (przypadki Nr 25, 26 i 28 ogólnego zestawienia).

W dniu przyjęcia do szpitala (29.I.53) robi wrażenie średniociężkiej chorej. Ciepłota ciała 38°, tętno 100/min., miarowe, dobrze wypełnione. Skóra bez wykwitów, węzły chłonne nie powiększone. W innych układach nie stwierdza się odchyżeń od prawidłowości. Chora pozostała w leczeniu szpitalnym do dnia 14.III.53 r. Przez cały ten okres bóle za mostkiem, zwłaszcza podczas i po przelykaniu pokarmów o gęstej spoiwości utrzymywały się, przy czym bóle promieniowały często ku tyłowi, między łopatki, jak przy wrzodach przełyku. Pod koniec pobytu w szpitalu, poczynając od dnia 9.III.53 nasilenie bólów zaczęło stopniowo opadać. Stan ogólny chorej przez okres pobytu w szpitalu ulegał wahanom. Na tle uczucia ogólnego osłabienia, które trwało bez przerwy, występowały okresowo kilkudniowe okresy zaostrzenia ogólnych objawów; miewała wówczas dreszcze, silne bóle głowy, przy czym gorączka podniosła się do 38° i 39°C. W przerwach między tymi falami zaostrzenia obrazu chorobowego gorączka opadała poniżej 37°, przebieg krzywej gorączkowej (patrz wykres Ryc. 12) pokrywał się z obrazem ogólnego stanu chorej. Wziernikowanie przełyku nie wykryło owrzodzenia. Badania radioskopowe klatki piersiowej, włączając przełyk, nie wykazały odchyżeń od prawidłowości. Opuszczając szpital dnia 14.III.53 samopoczucie chorej uległo znacznej poprawie: czuła się silniejsza, bóle głowy ustały, ciepłota ciała spadła do normy, bóle za mostkiem znacznie osłabły.

Badanie dodatkowe:

a) Morfologia krwi (ciałka białe):

31.I.53: krwinki białe — 6.400; obojętnochłonne — 58%, pałeczkowate — 2%, limfocyty 38%, monocyty — 2%.

4.II.53: krwinki białe — 7.200; obojętnochłonne — 37%, kwasochłonne — 3%, pałeczkowate — 2%, limfocyty — 58%.

b) Wziernikowanie przełyku: 6.II.53: „Zmian w gardle i przełyku nie stwierdza się, jedynie w pewnym miejscu przełyku, śluzówka rozpulchniona, nieco krwawi. Trudno orzec, czy w tym miejscu chodzi o przerwanie ciągłości śluzówki, czy też o uraz spowodowany wprowadzeniem ezofagoskopu“. (Dr Kowalski).

c) Prześwietlenie klatki piersiowej: 6.II.53: odchyżeń od normy nie stwierdza się. 2.III.53: „narządy klatki piersiowej, również i przełyku, bez zmian chorobowych“ (prof. dr Cz. Murczyński).

d) Odczyn zlepnny z pałeczką tularemii w surowicy krwi (patrz zestawienie ogólne):

e) Próba śródskórna z tularyną PZH w rozcieńczeniu 1/10. Wykonana 9.III.53, odczytana po 24, 48 i 72 godzinach; wynik ujemny.

Leczenie: Antybiotyki: streptomycyna — rozpoczęto leczenie 31.I.53, 1 g dziennie, ogółem 28 g.

Rozpoznanie: Tularemia, postać o zmianach w narządach wewnętrznych, typ przełykowy.

Z innych rzadziej spotykanych typów klinicznych tularemii o zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych, w piśmiennictwie światowym opisane są: wysiękowe zapalenie opłucnej, przypominające zapalenie surowiczo-włóknikowe natury gruźliczej, wysiękowe zapalenie otrzewnej, zapalenie osierdza, zakrzepowe zapalenie żył, śledziony, szpiku kostnego, stawów, opon mózgowych i mózgu.

Wreszcie nie należą do rzadkości przypadki kliniczne, gdzie przy ogólnych objawach typowych dla tularemii nie udaje się stwierdzić jakiegokolwiek umiejscowienia procesu chorobowego. Są to przypadki zwane „postaciami w narządach wewnętrznych bez uchwytnego umiejscowienia”. Odpowiadają one tzw. „postaci uogólnionej” Rudniewa (dawniej „tyfoidalnej” Francisza lub „septycznej”. W naszym zestawieniu na 71 obserwowanych przypadków tularemii, taki typ występuje w 12 przypadkach tj. w 16,9% ogólnej liczby zachorowań.

Przypadek Nr 47 (ogólnego zestawienia).

Chora W. G., lat 7. Historia choroby Nr 403/lc/53. Skierowana do szpitala dnia 12.III.53 r. z rozpoznaniem tularemii. Zamieszkuje z rodzicami na wsi. Dnia 28.II.53 ojciec, pracownik fizyczny Spółdzielni Produkcyjnej, dobił widłami w polu ledwie uciekającego zająca. Tegoż dnia stała przy tym, jak matka oprawiała zająca i go dotykała. Po wygotowaniu cała rodzina spożyła zająca. Zachorowała nagle 3.III.53, wśród dreszczy, „gorączki” (nie mierzone), bólów głowy, ogólnego rozbicia i braku łaknienia. Żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego nie miała. Stan ten trwał do dnia 8.III., po czym nastąpiła dość szybka poprawa — bóle głowy ustąpiły, łaknienie powróciło, „gorączka” spadła.

Wywiad rodzinny: cała rodzina zachorowała w tym samym czasie na tularemię (przypadki Nr 44, 45, 46, 48 i 49 ogólnego zestawienia).

W dniu przyjęcia do szpitala (12.III.53) nie sprawia wrażenia chorego dziecka, jest przytomna, wesoła, nie gorączkuje, łaknienie dobre. Skóra bez wykwitów. Węzły chłonne nie powiększone. Żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego ani innych układów się nie stwierdza. Stan ten utrzymywał się bez zmian przez cały czas pobytu w szpitalu, za wyjątkiem dnia 19.III., kiedy gorączka pod wieczór podskoczyła do 37,4°. Opuściła szpital w dobrym stanie dnia 28.III.53 r.

Badania dodatkowe: a) Morfologia krwi (białe ciała):

12.III.53 krwinki białe — 6.000; obojętnochłonne — 45%, kwasochłonne — 4%, pałeczkowate — 3%, limfocyty — 48%.

b) Odczyn zlepek z pałeczką tularemii w krwi:

15.V.53 (po powrocie do domu) w 74-tym dniu, licząc od chwili zachorowania — wynik dodatni 1/1600.

c) Próba śródskórna z tularyną PZH rozcieńczona 1/20: wykonana 14.III.53 odczytana po 24, 48 i 72 godzinach — wynik ujemny.

Leczenie: Antybiotyki: Streptomycyna — rozpoczęto 13.III.53, 0,4 g dziennie, później 0,3 i 0,2 — razem 5 g.

Rozpoznanie: Tularemia, postać o zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia.

Rokowanie ogólne w tularemii.

Jest ono różnie oceniane w piśmiennictwie światowym. Śmiertelność według autorów radzieckich wynosi około 1% wszystkich przypadków tularemii. Autorzy amerykańscy podają większą liczbę śmiertelności — około 5% ogólnej liczby zachorowań. Przyczyną tego wyższego odsetka śmiertelności podawanego przez autorów amerykańskich może być nie włączanie do ogólnej statystyki wielu lekkich, poronnych i bezobjawowych przypadków tularemii, nierozpoznawanych przez lekarzy — co w rezultacie powoduje zwiększenie odsetka ogólnej śmiertelności. Od czasu wprowadzenia antybiotyków do leczenia tularemii (streptomycyna, chloromycetyna, aureomycyna) rokowanie uległo znacznej poprawie, zwłaszcza przy wczesnym stosowaniu tych leków. W naszym zestawieniu na 71 przypadków tularemii nie było ani jednego zejścia śmiertelnego.

Tularemia, niezależnie od postaci i typów klinicznych pozostawia po sobie często charakterystyczny stan ogólnego osłabienia, trwającego nieraz długie miesiące, co czyni przejściowo z rekonwalescenta prawdziwego inwalidę niezdolnego do wykonywania swych czynności zawodowych lub w ogóle zarobkowania. Ponadto ropienie rozpadłych węzłów chłonnych może się ciągnąć miesiącami, co zmusza chorego do długiego leczenia i zmniejsza jego zdolność zarobkową. Wreszcie w wyjątkowych przypadkach w typie oczno-dymienicznym może dojść do ślepoty przez wtórne zakażenie oka. Ponieważ zapadanie na tularemię jest w pewnych warunkach wynikiem wykonywania pewnych prac zawodowych, choroba ta winna znaleźć swe miejsce w spisie chorób zawodowych (L. C. B r u m p t).

WYTYCZNE ROZPOZNAWANIA TULAREMII W ŚWIETLE WŁASNYCH SPOSTRZEŻEŃ

Rozpoznanie właściwe albo pozytywne tularemii („diagnostic positif” klinicystów francuskich) opiera się na danych klinicznych, epidemiologicznych oraz badaniach pomocniczych: laboratoryjnych i alergicznych.

A. Dane kliniczne:

a) *Okres wylegania.* Jak już wspomniałem omawiając symptomatologię, jest on różnie podawany przez różnych autorów. W naszym zestawieniu wahał się od 1—16 dni. (Tabela Nr 5).

Tabela Nr 5
Okres wylegania w 70 przypadkach tularemii

D		N		I			
1	2	3	4	5	6	7	8
3	3	5	9	9	7	12	6
4,3 %	4,3 %	7,1 %	12,8 %	12,8 %	10 %	17,1 %	8,6 %

D		N		I			
9	10	11	12	13	14	16	
5	5	3	1	1	0	1	
7,1 %	7,1 %	4,3 %	1,4 %	1,4 %	0	1,4 %	

b) *Objawy ogólne.* Spośród objawów ogólnych przemawiających za tularemią najbardziej charakterystyczne są:

1) Nagły początek choroby, bez zwiastunów, z dreszczami, szybkim wzrostem ciepłoty ciała, silnymi bólami głowy, ogólnym rozbiściem i osłabieniem.

2) Utrzymywanie się tego stanu w ciągu 1—3 tygodni przy niecharakterystycznym przebiegu krzywej gorączkowej i nietypowym obrazie morfologicznym krwi ze skłonnością do limfocytozy oraz odczynem opadania krwinek (odczynom Biernackiego) w granicach prawidłowości, lub nieznacznie przyspieszonym.

3) Niezbyt często notowana (od 8—20% przez różnych autorów) wysypka tularemijna na skórze, występująca między 3 a 26 dniem choroby (Bierinska ja). Może się ona umiejscawiać na twarzy, szyi, klatce piersiowej, pośladkach i kończynach, miewa zaś różny wygląd: grudkowy, pokrzywkowy, plamisty, rumieniowy lub pęcherzykowy, ale zawsze jest symetryczna, co stanowi jej cechę charakterystyczną.

c) *Objawy miejscowe*: Spośród objawów miejscowych stwierdzanych badaniem klinicznym a przemawiających za możliwością tularemii jedynie dwa wchodzi w rachubę. Są nimi: zmiana pierwotna na skórze (lub widocznych śluzówkach) oraz towarzyszące jej powiększenie okolicznych węzłów chłonnych. Szczegółowy opis powyższych zmian został podany przy omawianiu obrazu klinicznego poszczególnych postaci i typów klinicznych tularemii. Dodajmy tylko, że najczęściej zmiana pierwotna na skórze umiejscawia się na ręce, przede wszystkim palcach; na spojówkach — przeważnie jednostronnie, na dolnej spojówce powiekowej, na migdałkach — najczęściej także z jednej tylko strony. Co do dymienic — obejmują one przeważnie węzły chłonne łokciowe, pachowe, przeduszne, podszczękowe i szyjne. Do rzadkości należą dymienice pachwinowe. Obserwowaliśmy jeden przypadek obustronnej dymienicy pachwinowej, który opisaliśmy w rozdziale poświęconym klinice (przypadek Nr 40). Dymienice mogą istnieć bez zmiany pierwotnej na skórze lub widocznych śluzówkach, jak to ma miejsce w typie klinicznym dymienicznym czystym lub przy przerzutach do powierzchownych węzłów chłonnych zakażenia z innego ogniska tularemii w ustroju.

B. Dane epidemiologiczne

W związku z wielopostaciowością obrazu klinicznego tularemii i brakiem typowych patognomonicznych objawów klinicznych tej choroby, bardzo doniosłe, niejednokrotnie wprost decydujące znaczenie dla rozpoznania mają dane epidemiologiczne. Wywiad epidemiologiczny ma na celu ustalenie, czy chory w ciągu ostatnich 2 tygodni przed zachorowaniem miał kontakt ze zbiornikiem zarazka tularemii, co mogłoby powodować jego zakażenie pałeczką tularemii. Tym zbiornikiem zarazka tularemii w Polsce, od którego człowiek bezpośrednio się zaraża, jak wynika z naszych badań, przeprowadzonych na terenie województwa szczecińskiego w latach 1952/53, jest przede wszystkim zając. A zatem fakt, że

chory w ciągu ostatnich 14 dni przed zachorowaniem miał styczność bezpośrednią lub pośrednią z zajęcem, zwłaszcza ledwie uciekającym i łatwo upolowanym — ma doniosłe znaczenie dla rozpoznania choroby. Ponadto znaczenie dla rozpoznania może mieć stwierdzenie styczności w ciągu dwóch tygodni, poprzedzających zachorowanie, z innymi zwierzętami, które w różnych krajach i terenach są zbiornikiem pałeczki tularemii. Do nich należą przede wszystkim różne gatunki gryzoni, jak: myszy, polniki, susły, wiewiórki, dzikie króliki i piżmowce, a w Związku Radzieckim w pierwszym rzędzie, wodne szczury. Również w rachubę może wejść styczność z innymi dzikimi zwierzętami, ptakami, zwierzętami domowymi albo pokąsanie przez kleszcze lub owady. Należy o to szczególnie wypytywać chorego.

Drugą bardzo ważną częścią wywiadu epidemiologicznego jest ustalenie, czy jednocześnie z chorym nie zachorowali pozostali członkowie jego rodziny, bo właśnie charakter „rodzinny” jest bardzo znamieny dla tularemii.

Następnie z kolei ważnym czynnikiem o znaczeniu rozpoznawczym jest czynnik zawodowy, albowiem istnieją zawody, które specjalnie sprzyjają styczności człowieka ze zbiornikiem zarazka tularemii w przyrodzie. W pierwszym rzędzie należy uwzględnić: myślistwo, pracę przy zdzieraniu, suszeniu, garbowaniu, barwieniu, skupowaniu, magazynowaniu lub transporcie skórek różnych gryzoni, prace przy młóceniu starych stogów zboża, w których mogą się chronić małe polne gryzonie, ulegające często epizootiom tularemii, zawód kucharski, gdzie pracownik jest narażony na bezpośrednią styczność z mięsem zakażonych jadalnych zwierząt (zajęcy, królików, dzików, różnych ptaków) i wreszcie praca w laboratoriach bakteriologicznych.

Czynnik bytowy ma również wartość diagnostyczną. Zamieszkiwanie na wsi, w bezpośredniej styczności z naturą, sprzyja łatwemu, bezpośredniemu zakażeniu się tularemią. Doniosłe znaczenie epidemiologiczne ma zamysienie mieszkania lub miejsca pracy.

W razie ustalenia, że w tym samym czasie zachorowało wiele innych osób w miejscu zamieszkania chorego, należy pomyśleć o możliwości tzw. epidemii wodnej tularemii, spowodowanej przede wszystkim piciem wody zakażonej pałeczką tularemii. Stwierdzenie zatem, że chory pił w ciągu kilku lub kilkunastu dni

przed zachorowaniem nieprzegotowaną wodę z otwartej studni, rzeczki lub innego zbiornika wody, zwłaszcza w miejscowości gdzie jest dużo gryzoni (myszy, polników, wodnych szczurów, pizmowców) — jest bardzo ważnym ustaleniem epidemiologicznym, przemawiającym za rozpoznaniem tularemii.

C. Badania dodatkowe.

W diagnostyce omawianych przypadków posługiwano się próbą alergiczną i odczynem zlepnym.

Próba alergiczna polega na badaniu odczynu miejscowego na śródskórne wprowadzenie alergenu tularemijnego tzw. tularyny. Tularyna jest zawiesiną w płynie fizjologicznym zabitych pałeczek tularemii, czy to przez ogrzewanie, czy przez środki chemiczne. Próba ta była po raz pierwszy stosowana dla celów rozpoznawczych przez badacza amerykańskiego *Wherry* w 1917 r., i została opracowana w Stanach Zjednoczonych przez *Foshaya*. W ostatnich latach jednak przestano ją stosować na wielką skalę w tym kraju, z uwagi na to, że według zdania szeregu badaczy amerykańskich, próba ta nie jest pewna. Innego zdania są badacze radzieccy. Według tularemioлога radzieckiego *L. M. Chatieniewiera* „...odczyn ten może być uważany za zasadnicze badanie w diagnostyce tularemii u człowieka”. Tego samego zdania są badacze francuscy.

Technika tej próby jest bardzo prosta, polega ona na wprowadzeniu śródskórnym 0,1 ml. tularyny. Najczęściej wstrzyknięcie robi się na skórze przedniej powierzchni przedramienia. Jako próbę kontrolną wprowadza się śródskórnie na drugim przedramieniu 0,1 ml. fizjologicznego roztworu. U chorych na tularemię już po 15—20 godzinach w miejscu wstrzyknięcia tularyny występuje przekrwienie i obrzęk skóry. Po 48 godzinach odczyn dochodzi do szczytu swego nasilenia. Stwierdza się wówczas czerwony naciek o średnicy dochodzącej nieraz do 8 cm. Według badacza francuskiego *V. de Laverné* charakterystyczną cechą dodatniego odczynu tularemijnego jest albo „bukieciak” drobnych pęcherzyków w środku nacieku, albo jeden większy pęcherzyk. Po kilku dniach pęcherzyk i naciek ulegają wessaniu i znikają nie pozostawiając śladu. W rzadkich przypadkach, jak mieliśmy sposobność stwierdzić na naszym materiale, pęcherzyk ustępuje miejsce strupkowi, który opadając pozostawia po sobie owrzodzenie wymaga-

jące około 2—3 tygodni do całkowitego wygojenia się. W miejscu wstrzyknięcia śródskórnego dla próby kontrolnej 0,1 ml płynu fizjologicznego z reguły żadnego odczynu się nie stwierdza. Przekrwienie w miejscu wstrzyknięcia tularyny, bez nacieku, znikające po 24 godzinach, jest uważane za wynik ujemny.

Zasadniczą zaletą próby śródskórnej jest jej wczesne występowanie (3—6 dzień choroby wg Chatieniewiera, poczynając od 6 dnia wg Girarda), kiedy odczynы zlepne z pałeczką tularemii w krwi chorych są z reguły jeszcze ujemne. Pozwala to według autorów radzieckich i francuskich na wczesne rozpoznawanie tularemii. Jeśli zaś chodzi o długość utrzymywania się tego odczynu, zdania autorów radzieckich i francuskich są podzielone. Podczas gdy L. M. Chatieniewier jest zdania, że odczyn ten pozostaje przez szereg lat po wyzdrowieniu, autor francuski Girard uważa, iż utrzymuje się on jedynie w ciągu 3—4 miesięcy i z tego powodu nie może być wykorzystany dla rozpoznania retrospektywnego tularemii. Ten ostatni autor podaje przypadek z własnej kazuistyki, gdzie u chorego w 15 miesięcy od chwili zachorowania na tularemię odczyn zlepny z pałeczką tularemii utrzymywał się jeszcze w wysokim mianie 1/700, podczas gdy próba śródskórna była ujemna.

Co do odczynu zlepnego z pałeczką tularemii, w surowicy wszyscy autorzy są zdania, że stanowi on swoistą, bardzo cenną i pewną próbę. Wynik dodatni zaczyna występować najczęściej w 3-cim tygodniu choroby. W naszym zestawieniu na ogólną liczbę 71 chorych w 13 przypadkach ustalono, że dodatni odczyn zlepny w surowicy krwi chorych zjawiał się między 16-tym a 27-mym dniem choroby (patrz tabl. Nr 6). W jednym przypadku

Tabela Nr 6

Zjawianie się dodatniego odczynu zlepnego z pałeczką tularemii w surowicy krwi chorych w 13 przypadkach tularemii

III tydzień							IV tydzień						
Dzień							Dzień						
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	2	2	1	2					2	3		1	

(Nr 44 ogólnego zestawienia) dodatni odczyn zlepnny zanotowano już w 9-tym dniu choroby. Różni autorzy, różnie oceniają dolną granicę dodatniego wyniku tej próby. Autorzy radzieccy (Chatienniewier) za dolną granicę uważają 1/100. Według Girarda granica jest niższa: 1/20—1/50. Miano narasta w ciągu miesiąca i osiąga szczyt swego nasilenia około 6 tygodnia choroby, dochodząc nieraz do bardzo wysokich poziomów (1/20.000 wg Girarda), po czym stopniowo opada, nie wygasając jednak całkowicie co ma bardzo doniosłą wartość diagnostyczną, gdyż pozwala na retrospektywne rozpoznanie przebytej tularemii w wiele lat po przechorowaniu.

Stwierdzono, że surowica krwi chorych na tularemie, aglutynując pałeczkę tularemii, wykazuje jednocześnie własności współaglutynacyjne w stosunku do pałeczki brucelozy. Ta aglutynacja jednak występuje w mianie daleko słabszym 1/5—1/8 miana tularemijnego. Ostatnio opracowano metody wysycania aglutynin, co pozwala na oddzielenie nieswoistych czynników, dających współaglutynację z pałeczkami brucelozy przy całkowitym zachowaniu zlepników swoistych w stosunku do pałeczki tularemii. Dodajmy na zakończenie, że u tego samego chorego mogą mieć miejsce zakażenia brucelozą i tularemia. Podobny przypadek podaje Girard, był obserwowany u weterynarza, który kolejno zaraził się tymi oboma chorobami. W tych przypadkach, rzecz prosta, odczyn zlepnny z pałeczką brucelozy jest zupełnie swoisty i występuje w wysokim mianie na równi z mianem aglutynacyjnym z pałeczką tularemii.

LECZENIE TULAREMII W OPARCIU O WŁASNE SPOSTRZEŻENIA

W przypadkach tularemii przez nas obserwowanych stosowano streptomycynę i chloromycetynę racemiczną. Działanie lecznicze tych antybiotyków okazało się mniej więcej jednakowe. Wczesne ich stosowanie, zwłaszcza w ciągu pierwszych 12 dni od zachorowania, poprawiało ogólny stan chorych oraz ich samopoczucie.

Wyniki działania antybiotyków na zmiany miejscowe były bardzo dobre przy tularemijnym zapaleniu spojówek. Już po 48 godzinach stosowania streptomycyny we wszystkich 3 przypadkach typu oczno-dymienicznego (Nr 13, 17 i 34) obrzęk twarzy i powiek oraz zmiany na spojówkach zaczęły się cofać i w ciągu

jednego tygodnia następowało wyleczenie. Podobnie ulegały szybkiemu wyleczeniu zmiany tularemijne na migdałkach. We wszystkich 10 przypadkach naszego zestawienia (Nr 1, 2, 10, 17, 18, 20, 25, 28, 45 i 61), gdzie stosowano te antybiotyki naloty na migdałkach szybko się cofały i wyleczenie następowało przeważnie w ciągu 1 tygodnia.

Działanie tych antybiotyków na dymienice towarzyszące zmianie pierwotnej było daleko słabsze i zależało w wielkim stopniu od chwili rozpoczęcia leczenia. W 9 przypadkach dymienic podszczękowych lub szyjnych towarzyszących zmianom na migdałkach (Nr 1, 2, 17, 18, 20, 25, 28, 45 i 61), gdzie rozpoczęto podawanie tych leków między 6-tym a 13-tym dniem choroby, powiększone węzły chłonne albo zupełnie ulegały wessaniu albo też nie uległy zropieniu. Natomiast w jednym przypadku typu anginowo-dymienicznego (Nr 10), gdzie rozpoczęto podawanie antybiotyków w 20-tym dniu choroby doszło do zropienia dymienicy szyjnej.

Na 3 przypadki dymienic towarzyszących zmianom na spojówkach (Nr 13, 17 i 34), leczonych streptomycyną, w jednym przypadku (Nr 13) doszło do zropienia dymienic przedusznych i szyjnych. W tym przypadku rozpoczęto leczenie streptomycyną w 16-tym dniu choroby, zaś w dwóch pozostałych rozpoczęto leczenie tym lekiem w 12-tym i 16-tym dniu choroby.

W 15 przypadkach powiększonych powierzchownych węzłów chłonnych, towarzyszących zmianie pierwotnej na skórze lub bez tej zmiany zropienie nastąpiło u 10 chorych. W tych przypadkach leczenie antybiotykami rozpoczęto między 11-tym a 30-tym dniem choroby (Nr 14, 15, 23, 29, 37, 38, 39, 40, 43, 54). W pozostałych 5 przypadkach (Nr 26, 44, 56, 60 i 64), gdzie powiększone węzły chłonne uległy wessaniu lub nie uległy zropieniu, leczenie antybiotykami rozpoczęto w 6-tym, 8-ym, 10-tym, 11-tym i 30 dniu choroby. Wynikałoby za tym, że im wcześniej rozpoczyna się leczenie antybiotykami, tym więcej jest danych, że do zropienia nie dojdzie.

Sposób miejscowego postępowania z powiększonymi węzłami chłonnymi w tularemii nie został jeszcze ostatecznie ustalony. Różni autorzy podchodzą różnie do tego zagadnienia. Jedni są zwolennikami leczenia zachowawczego. Stoją oni na stanowisku, że w wielkim odsetku przypadków wspomniane antybiotyki zwłaszcza aureomycyna, stosowane wcześniej, tuż na początku choro-

by, przerywają rozwój procesu zapalnego w dymienicach; węzły chłonne przestają się powiększać i może dojść do ich szybkiego wessania, zwłaszcza jeśli się dopomaga przy tym miejscowo leczeniem okładami rozgrzewającymi, naświetlaniem lampą kwarcową, soluksem lub diatermią. Autorzy ci są zdania, że wkroczenie chirurgiczne jest wskazane jedynie, jeśli stosowanie środków zapobiegawczych nie dało wyników i węzły chłonne zaczęły ulegać rozpadowi. W tych przypadkach nie należy czekać na całkowite ich zropienie i samoistne przebicie przez skórę, co pozostawia po sobie długotrwałe przetoki, gojące się kosztem ściągających grubych blizn, jak w gruźlicy, lecz chirurgicznie wyłuszczać je w całości.

Odmiennego zdania są inni autorzy. Uważają oni, że z uwagi na to, iż działanie wspomnianych antybiotyków nawet przy wczesnym ich stosowaniu i w dostatecznych dawkach, nie ma wielkiego wpływu na rozwój dymienic tularemijnych, należy we wszystkich przypadkach tularemii, zwłaszcza trwających od kilku tygodni, gdzie powiększone węzły chłonne nie mają skłonności do szybkiego cofania się, nie czekając na niepewny wynik leczenia antybiotykami, wyłuszczać je chirurgicznie. Zdaniem tych autorów wynik jest podwójnie korzystny: z jednej strony usuwa się całkowicie ognisko zakażenia tularemijnego w ustroju, stałe trwałe źródło nawrotów, skąd ponadto w każdej chwili może wyjść wysiew pałeczki tularemii do innych narządów, powodując nieraz niebezpieczne dla życia chorego powikłania jak tularemijne zapalenie płuc, opłucnej, opon mózgowych, wsierdza itd., z drugiej zaś strony skraca się niepewne i długo trwające leczenie. Zalecając wczesny zabieg chirurgiczny, autorzy ci jednak z całym naciskiem podkreślają konieczność stosowania przy tym leczenia antybiotykami dla uzyskania ostatecznego wyleczenia ustroju z zakażenia tularemijnego i zapobieżenia nawrotom. Niewątpliwie postanowienie, co do ostatecznego sposobu postępowania, winno być uzależnione od okoliczności w poszczególnych przypadkach: nie należy uogólniać, lecz rozpatrywać każdy przypadek indywidualnie.

ZWALCZANIE TULAREMII W WOJEWÓDZTWIE SZCZECIŃSKIM

Walka z tularemią, podobnie jak to ma miejsce z innymi chorobami zakaźnymi, składa się z dwóch nierozłączalnych i wza-

jemnie się uzupełniających akcji: 1) zwalczanie tularemii w samym ognisku choroby i 2) zapobieganie jej.

1) Zwalczanie tularemii w ognisku choroby.

Akcja ta polega na zastosowaniu szeregu środków przeciw-epidemicznych, mających na celu unieszkodliwienie samego ogniska choroby i niedopuszczenie do tego, aby w dalszym ciągu mogło służyć jako źródło nowych zakażeń.

Tularemiołodzy radzieccy są zdania, że chorych na tularemię i podejrzanych o tę chorobę należy kierować do szpitala. Uzyskuje się przez to cały szereg korzyści. Przede wszystkim umożliwia często ustalenie właściwego rozpoznania, które w warunkach pozaszpitalnych było by trudne do ustalenia, zwłaszcza na początku zachorowania, z uwagi na wielopostaciowość kliniczną tej choroby. Jednocześnie uzyskuje się odosobnienie chorego. W związku z tym G r o m a s z e w s k i pisze: „...Mimo, że nie przedstawia on (chory) większego niebezpieczeństwa, jako źródło zakażenia — możliwości tej jednak nie należy lekceważyć”. Ponadto umieszczenie chorych w szpitalach przysposobionych do przyjmowania chorych na tularemię, umożliwia należyte leczenie, mające na celu, przez stosowanie odpowiednich środków leczniczych, zapewnienie choremu szybkiego wyleczenia i w wielkim stopniu zabezpieczenie go przed nawrotami. Wreszcie umieszczenie chorego w szpitalu ma również i swoje znaczenie naukowe, gdyż umożliwia personelowi lekarskiemu i laboratoryjnemu szpitala przeprowadzić należyta obserwację i badania naukowe w tych przypadkach.

W naszym zestawieniu na 71 obserwowanych przypadków leczonych w szpitalu, było 55 chorych tj. 77,4%. Przypadki o łagodnym przebiegu, były leczone objawowo w warunkach domowych.

W każdym przypadku tularemii lub podejrzenia o tę chorobę przeprowadzano na miejscu dokładny wywiad epidemiologiczny, mający na celu ustalenie źródła zachorowania, sposobu zakażenia oraz ewentualnego wykrycia przypadków tej choroby wśród osób z otoczenia chorego. Jednocześnie przeprowadzono odkażenie ogniska.

Ponieważ nieomal we wszystkich przypadkach źródłem zakażenia był zajęc, który był oprawiany w domu, zaś resztki jego (skórka, wnętrzności) wyrzucane do śmietnika lub na dwór, co mogło by spowodować zakażenie drobnych gryzoni domowych

tularemią i stać się z kolei nowym źródłem zakażenia, przeprowadzono we wszystkich tych ogniskach odszczurzenie.

W związku z ustaleniem, że prawie we wszystkich przypadkach źródłem zakażenia był zajęć, wydano zakaz polowania na te zwierzęta na terenie powiatów, gdzie stwierdzono zachorowania na tularemię u ludzi oraz przeprowadzono tam odstrzały sanitarne, mające na celu ustalenie granic terenów dotkniętych, na których w związku ze swoistymi warunkami ekologicznymi i biocenotycznymi zarazek tularemii znajduje odpowiednie warunki dla swego krążenia w przyrodzie. Odstrzelone podczas polowań sanitarnych sztuki były odsyłane do Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdańsku, celem przeprowadzenia odnośnych badań bakteriologicznych i ustalenia, czy były zakażone tularemią. Z całej masy odstrzelonych zajęć tylko w jednym przypadku wyosobniono pałeczkę tularemii, co wskazywałoby na to, że stopień zakażenia tularemią zajęć w tym województwie nie jest wielki.

2) Zapobieganie tularemii w województwie szczecińskim.

Uwzględniając wspomnianą wyżej okoliczność, iż nieomal jedynym źródłem zakażenia ludzi tularemią w tym województwie był zajęć, cała akcja profilaktyczna szła w kierunku zastosowania środków zapobiegawczych, mających na celu uniemożliwienie szerzenia się zakażenia od chorych zajęć na człowieka. W tym celu wydano szereg zarządzeń, z których najważniejsze były następujące:

a) Personel zatrudniony przy skupie dziczyzny i skórek zajęć winien być zaopatrzony w ochronne rękawice gumowe.

b) Zakaz polowań, do odwołania, na zajęce w powiatach, gdzie były zanotowane przypadki tularemii. Przeprowadzono na tych terenach polowania sanitarne.

c) Wszystkie upolowane zajęce na terenie województwa szczecińskiego były składowane w chłodni, przy czym każda sztuka była poddawana oględzinom weterynaryjnym i przy najmniejszym podejrzeniu o tularemię odosobniona i przesyłana na badanie bakteriologiczne w kierunku tularemii. Nie zakwestionowane sztuki były oddane do użytku po przeróbce termicznej.

d) Zaostrzono walkę z kłusownictwem, stanowiącym w tym województwie, jak wynika z naszego zestawienia, najważniejsze źródło zakażenia.

e) W miejscowościach, gdzie zanotowano przypadki tularemii, przeprowadzono akcję uświadamiającą wśród ludności w zakresie indywidualnej profilaktyki przeciwtularemijnej, kładąc przy tym nacisk na niedobijanie z trudem uciekających zajęcy i nie dotykanie ich gołymi rękami, gdyż każdy łatwo dający się dopędzić zajęc jest chory, a przyczyną jego choroby może być tularemia, z łatwością przechodząca na człowieka przy najmniejszym dotyku takiego zwierzęcia. W akcji uświadamiającej należało również podkreślić nie dotykanie padłych lub zdychających zajęcy znajdujących przypadkowo w polu lub lasach, gdyż mogą one być zakażone pałeczką tularemii. O każdym znalezieniu niezwywego lub zdychającego zajęcia należało zawiadomić niezwłocznie miejscowe władze weterynaryjne lub sanitarno-epidemiologiczne, które przeprowadzały odpowiednie badania, mające na celu ustalenie przyczyny śmierci lub choroby zwierzęcia.

f) Przeprowadzenie wśród personelu lekarskiego na terenie województwa szkolenia w zakresie epidemiologii, kliniki i diagnostyki tularemii, co przyczyniłoby się do łatwiejszego rozpoznania przez lekarzy tularemii i ewentualnie wykrywania nowych ognisk tej choroby.

g) Poczynienie starań w kierunku otrzymania żywej szczepionki przeciwtularemijnej (typu radzieckiego, Gajskiego i Elbierta) dla przeszczepienia osób, które z uwagi na swój zawód są specjalnie narażone na zakażenie tularemijne jak to: pracownicy zatrudnieni przy skupie dziczyzny i skórek, zwłaszcza zajęcy, kuśnierzy pracujących przy obrabianiu skórek zajęczych, służbę leśną, myśliwych i pomocniczy fizyczny personel, zatrudniony przy polowaniach do podnoszenia i transportu odstrzelonych sztuk, personel służby weterynaryjnej zatrudniony przy badaniu zajęcy i wreszcie personel pracowni bakteriologicznych, mogący się zetknąć z żywymi szczepami pałeczki tularemii.

WNIOSKI

Fakt, że w ciągu 8 miesięcy (od listopada 1952 do czerwca 1953 r.) autor mógł zestawić 71 przypadków tularemii spostrzeżonych w województwie szczecińskim (w tym 1 dotyczący stałego mieszkańca sąsiedniego wojew. koszalińskiego) jest jaskrawym dowodem tego, że tularemia wcale nie jest chorobą rzadką ani „egzotyczną“ w naszym kraju. Rzadkimi jedynie są przypadki tula-

remii rozpoznawane dotychczas przez lekarzy polskich; w miarę jednak bliższego ich zapoznawania się z epidemiologią, kliniką i diagnostyką tej choroby, doniesienia o wykrywaniu nowych ognisk tularemii będą się mnożyć w naszym kraju.

Źródłem zakażenia nieomal we wszystkich spostrzeżonych przypadkach był chory zając.

Nie obserwowaliśmy większych ognisk epidemicznych tej choroby, jak to miało miejsce w r. 1950 w województwie olsztyńskim, gdzie prawie jednocześnie zachorowało w jednym ognisku przeszło 40 osób (K. Z e m b r z u s k i). W naszym zestawieniu chodziło o 26 małych ognisk, liczących najwyżej 7 osób, przy czym uderzającym był charakter „rodzinny” zachorowań.

Większość obserwowanych chorych pochodziła ze środowiska wiejskiego, co pokrywa się z ogólnie przyjętym poglądem, że tularemia jest w pierwszym rzędzie chorobą wsi.

Różnorodne drogi przenikania zarazka tularemii do ustroju człowieka powodują, jak to wynika z ogólnego zestawienia, szeroki wachlarz różnych postaci i typów klinicznych tej choroby przy czym najczęściej spotykana jest postać o zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieniczny.

Wielka różnorodność obrazu klinicznego tej choroby wymaga różnicowania ze znaczną ilością schorzeń przy czym ostateczne rozpoznanie tularemii winno być wynikiem powiązania danych klinicznych, epidemiologicznych oraz badań dodatkowych: próby śródskórnej z tularyną i odczynu zlepnego z pałeczką tularemii w surowicy krwi.

Zastosowanie w okresie początkowym choroby streptomycyny i chloromycetyny w znacznym odsetku przypadków polepsza ogólne poczucie chorego i może zapobiec zropieniu powiększonych węzłów chłonnych. Po upływie pierwszych dwóch tygodni działanie tych antybiotyków jest znacznie słabsze. Przy najmniejszym stwierdzeniu rozmiękania dymienic, najbardziej wskazanym jest wczesne wyłyżkowanie tych właśnie węzłów chłonnych, co zapobiega przed ich długotrwałym ropieniem, przetokami i ściągającymi bliznami, jak to ma miejsce w grzylicy węzłów chłonnych. Rany pooperacyjne, jak wynika z przypadków obserwowanych, goją się szybko.

Walka z tularemią winna się składać z dwóch akcji:

a) z czynności przeciwepidemicznych w samym ognisku choroby,

b) z szeroko zakrojonej akcji zapobiegawczej, która z uwagi na to, że głównym źródłem zakażenia ludzi u nas jest zajęć, winna być przede wszystkim prowadzona w kierunku zapobieżenia przenoszenia się zakażenia od chorych zajęć na człowieka.

Ogólne zestawienie

Ognisko Nr	Środowisko	L. p.	Nazwisko i imię	Wiek	Szpital Leczenie	Zajęcie
1	Wiejskie	1	W. E.	10 l.	tak	przy rodzicach, ojciec felczer weterynarii
	"	2	W. H.	5 l.	tak	przy rodzicach, ojciec felczer weterynarii
	"	3	W. W.	17 l.	tak	pracownik fizyczny P.G.R.
	"	4	W. Z.	13 l.	tak	pracownik fizyczny P.G.R.
	"	5	W. K.	20 l.	nie	pracownik fizyczny P.G.R.
	"	6	W. R.	42 l.	tak	gospodyni domowa mieszka w P.G.R.. żona następnego chorego
	"	7	W. B.	49 l.	nie	felczer weterynarii
II	"	8	J. J.	44 l.	nie	gospodyni domowa, mąż pracownik fizyczny Spółdz. Produk.
	"	9	J. I.	14 l.	tak	uczennica, pomaga w gospodarstwie (córka poprzedniej chorej)
	"	10	J. J.	12 l.	tak	uczeń, brat poprzedniej chorej

71 przypadków tularemii

Styczność i data	Data zachorowania	Badania serologiczne			Postać kliniczna
		Data pobrania krwi	Dzień choroby	Wynik	
zajęc 17.10.52	18.10.52	4.11.52 11.11. 17.11, 29.11. 9. 2.53	18 25 31 43 115	1/100 1/800 1/800 1/1600 1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny
zajęc 17.10.52	18.10.52	4.11.52 11.11. 29.11.	18 25 43	1/100 1/800 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny
zajęc 17.10.52	23.10.52	4.11.52 10.11. 17.11, 9. 2.53	13 19 26 110	ujemny 1/200 1/800 1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ oczno-dymieniczny i wrzodząco-dymieniczny
zajęc 17.10.52	23.10.52	4.11.52 10.11. 17.11. 9. 2.53	13 19 26 110	ujemny 1/200 1/400 1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ dymieniczny
zajęc 17.10.52	23.10.52	11.11.52 27.11. 9, 2.53	20 36 110	1/25 1/400 1/800	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych, typ jelitowy
zajęc 17.10.52	24.10.52	4.11.52 10.11. 17.11. 9. 2.53	12 18 25 109	ujemny 1/100 1/200 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodząco-dymieniczny
zajęc 17.10.52	22.10.52	11.11.52 29.11. 9. 2.53	21 39 111	śląd śląd 1/800	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajęc 4.11.52	9.11.52	27.11.52	19	1/100	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych, typ jelitowy
zajęc 4.11.5	6.11.52	18.11.52 25.11.	13 20	1/50 1/400	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych, typ jelitowy
zajęc 4.11.52	9.11.52	12.11.52 17.11. 20.11. 25.11. 13.12.	4 9 12 17 36	ujemny ujemny ujemny 1/200 1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo dymieniczny

Ognisko Nr	Środowisko	L. p.	Nazwisko i imię	Wiek	Szpital Leczenie	Zajęcie
II	Wiejskie	11	J. J.	20 l.	nie	pracownik fizyczny Spółdz. Produkcyjnej
III	"	12	P. B.	46 l.	tak	kolejarz na małej stacji kolejowej
IV	"	13	Ż. S.	19 l.	tak	pracownik fizyczny P.G.R.
	"	14	Ż. A.	32 l.	tak	pracownik fizyczny P.G.R.
	"	15	Ż. A.	18 l.	tak	gospodni domowa (żona poprzedniego chorego)
V	"	16	I. J.	46 l.	tak	pracownik fizyczny w nadleśnictwie
VI	"	17	W. D.	4 l.	tak	przy matce (matka pracownica fizyczna Ośrodka Zdrowia)
	"	18	W. H.	13 l.	tak	uczeń (brat poprzedniej chorej)
	"	19	W. Z.	6 l.	tak	brat poprzedniego chorego
	"	20	W. A.	10 l.	tak	uczennica (siostra poprzedniego chorego)
	"	21	Ł. H.	39 l.	tak	

Stycz- ność i data	Data zachoro- wania	Badania serologiczne			Postać kliniczna
		Data pobrania krwi	Dzień cho- roby	Wynik	
zajęc 4.11.52	9.11.52	25.11 52	17	1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieni- czy
zajęc 28.11.52	2.12.52	28. 1.53 12. 2. 17. 2.	58 73 78	1/800 1/400 1/200	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieni- czy
zajęc 2.12.52	6.12.52	7. 1.53 24. 1. 23. 3. 8. 4. 13. 4. 21. 4. 27. 4.	33 50 108 124 129 137 143	1/400 1/400 1/1600 1/800 1/1600 1/800 1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ oczno-dymieniczny
zajęc 2.12.52	4.12.52	7. 1.53 24. 1.	35 52	1/800 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieni- czy
zajęc 6.12.52	15.12.52	7. 1.53 24. 1.	24 41	1/800 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieni- czy
zajęc 14.12.52	20.12.52	22. 1.53	34	1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieni- czy
zajęc 29.12.52	2.1.53	16. 1.53 23. 1.	15 22	1/400 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ oczno-dymieniczny i anginowo-dymieniczny
zajęc 9.12.52	2.1.53	15. 1.53 23. 1.	14 22	1/400 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny
zajęc 29.12.52	4.1.53	15. 1.53 23. 1.	12 20	1/50 1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny
zajęc 29.12.52	3.1.53	15. 1.53 23. 1.	13 21	1/25 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny
zajęc 29.12.52	2.1.53	27. 1.53 2. 2.	26 32	1/400 1/200	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieni- czy

Ognisko Nr	Środowisko	L. p.	Nazwisko i imię	Wiek	Szpital Leczenie	Zajęcie
VI	Wiejskie	22	B. K.	13 l.	tak	uczeń, pasierb poprzedniego chorego
VII	"	23	W. L.	20 l.	tak	pracownica fizyczna P.G.R.
	"	24	W. A.	22 l.	tak	pracownik fizyczny P.G.R.
VIII	Miejskie	25	W. A.	46 l.	tak	pracownica umysłowa
	"	26	W. B.	20 l.	tak	pracownica biurowa (córka poprzedniej chorej)
	"	27	W. T.	20 l.	tak	pracownica biurowa (siostra poprzedniej chorej)
	"	28	W. K.	12 l.	tak	uczeń (brat poprzedniej chorej)
IX	Wiejskie	29	D. J.	29 l.	tak	rolnik
	"	30	D. M.	30 l.	nie	gospodyni domowa (żona poprzedniego chorego)
X	"	31	B. B.	53 l.	tak	pracownik fizyczny Spółdz. Produkcyjnej
	"	32	B. M.	25 l.	nie	pracownik fizyczny Spółdz. Produkcyjnej
	"	33	D. W.	25 l.	tak	pracownik fizyczny Spółdz. Produkcyjnej
	"	34	S. J.	4 l.	tak	przy rodzicach (ojciec prac. fiz. Spółdz. Prod.)

Styczność i data	Data zachorowania	Badania serologiczne			Postać kliniczna
		Data pobrania krwi	Dzień choroby	Wynik	
zajęc 29.12.52	2 1.53	16. 1.53 23. 1.	15 22	ujemny 1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny
zajęc 7.1.53	16.1.53	3. 2.53 12. 2.	19 28	1/400 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc 7.1.53	18.1.53	30. 1.53 2. 2.	13 16	ujemny 1/200	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc 14.1.53	21.1.53	2. 2.53	13	1/100	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny
zajęc 14.1.53	21.1.53	2. 2.53	13	1/200	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc 14.1.53	21.1.53	3 2.53 23. 3. 30. 3.	14 62 69	1/100 1/1600 1/1600	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych, typ przełykowy
zajęc 14.1.53	21.1.53	2. 2.53	13	1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny
zajęc 11.1.53	18.1.53	11. 2.53	25	1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc 11.1.55	21.1.53	9. 2.53 17. 3.	20 56	1/100 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc 30.1.53	3.2.53	9. 2.53 12. 2.	7 10	1/25 1/50	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajęc 30.1.53	3.2.53	19. 2.53	17	ujemny	I — O zmianach zewnętrznych, typ dymieniczny
zajęc 30.1.53	6.2.53	9. 2.53 12. 2. 21. 2.	4 7 16	1/25 ujemny 1/200	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc 30.1.53	4.2.53	16. 2.53 26. 2.	13 23	ujemny 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ oczno-dymieniczny

Ognisko Nr	Środowisko	L. p.	Nazwisko i imię	Wiek	Szpital Leczenie	Zajęcie
X	Wiejskie	35	P. J.	55 l.	nie	pracownik fizyczny Spółdz. Produkcyjnej
XI	"	36	S. W.	24 l.	nie	gospodyni domowa (żona następnego chorego)
	"	37	S. C.	34 l.	tak	kolejarz (na małej stacji)
XII	"	38	Ch. A.	30 l.	tak	pracownik fizyczny w Spółdz. Prod. hodowli koni
	"	39	Ch. E.	27 l.	tak	gospodyni domowa (żona poprzedniego chorego)
	"	40	Ch. Z.	4 l.	tak	przy rodzicach (córka poprzedniej chorej)
	"	41	Ch. M.	7 l.	nie	przy rodzicach (siostra poprzedniej chorej)
	"	42	Ch. J.	6 l.	nie	przy rodzicach (brat poprzedniej chorej)
XIII	"	43	R. I.	33 l.	tak	pracownik fizyczny Spółdz. Prod.

Styczność i data	Data zachorowania	Badania serologiczne			Postać kliniczna
		Data pobrania krwi	Dzień choroby	Wynik	
zajac 30.1.53	8.2.53	19. 2.53 24. 3.	12 45	ujemny 1/1600	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajac 29.1.53	.2.53	24. 2.53	17	1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodząco-dymieniczny
zajac 29.1.53	1.2.53	27. 2.53 3. 3. 23. 3. 30. 3. 13. 4. 21. 4.	27 32 51 58 72 80	1/800 1/1600 1/1600 1/1600 1/400 1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodząco-dymieniczny
zajac 9.2.53	17.2.53	21. 2.53 24. 2. 23. 3. 8. 4. 13. 4. 21. 4.	5 8 35 51 56 64	ujemny śląd 1/1600 1/1600 1/1600 1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ ustno-dymieniczny
zajac 9.2.53	17.2.53	24. 2.53 11. 3. 23. 3. 13. 4. 21. 4. 27. 4.	8 23 35 56 64 70	śląd 1/400 1/1600 1/1600 1/800 1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodząco-dymieniczny
zajac 9.2.53	17.2.53	24. 2.53 14. 3.	8 26	śląd 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ dymieniczny
zajac 9.2.53	16.2.53	24. 2.53 11. 3.	9 24	śląd 1/1600	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajac 9.2.53	17.2.53	24. 2.53 11. 3.	8 23	śląd 1/1600	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
?	17.2.53	24. 2.53 26. 2. 11. 3. 13. 3. 30. 3. 13. 4. 20. 4. 27. 4.	8 10 23 25 42 56 63 70	ujemny ujemny 1/1600 1/1600 1/1600 1/800 1/800 1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodząco-dymieniczny

Ognisko Nr	Środowisko	L. p.	Nazwisko i imię	Wiek	Szpital Leczenie	Zajęcie
XIV	Wiejskie	44	W. F.	44 l.	tak	pracownik fizyczny Spółdz. Prod.
	"	45	W. K.	44 l.	tak	gospodyni domowa (żona poprzedniego chorego)
	"	46	W. F.	16 l.	tak	pracownik fizyczny Spółdz. Prod.
	"	47	W. G.	7 l.	tak	przy rodzicach (córka W.F.)
	"	48	K. B.	18 l.	tak	pracownica fizyczna Spółdz. Prod.
	"	49	K. Z.	20 l.	tak	"
XV	Miejskie	50	Sz. J.	32 l.	tak	pielęgniarka
	"	51	B. J.	39 l.	tak	pracownik fizyczny
XVI	Wiejskie	52	Sz. Z.	25 l.	nie	traktorzysta P.G.R.
XVII	Miejskie	53	C. M.	50 l.	nie	pracownik umysłowy
	"	54	C. G.	13 l.	tak	uczeń (syn poprzedniego chorego)

Styczność i data	Data zachorowania	Badania serologiczne			Postać kliniczna
		Data pobrania krwi	Dzień choroby	Wynik	
zajęc 28.2.53	6.3.53	14. 3.53 20. 3. 28. 3.	9 15 23	1/400 1/400 1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieniowy
zajęc 28.2.53	3.3.53	20. 3.53 28. 3.	18 26	1/100 1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ anżinowo-dymieniczny
zajęc 28.2.53	7.3.53	14. 3.53 20. 3. 28. 3.	8 14 22	ujemny ujemny 1/400	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajęc 28.2.53	3.3.53	15. 5.53	74	1/1600	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajęc 28.2.53	6.3.53	14. 3.53 20. 3. 27. 2.	9 15 53	ujemny ujemny 1/800	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajęc 28.2.53	9.3.53	14.3.53	6	ujemny	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajęc 6.3.58	11.3.53	24. 3.53 13. 4. 22. 4.	14 34 43	śląd 1/1600 1/200	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieniczny
zajęc 6.3.53	9.3.53	24.3.53	16	1/800	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieniczny
zajęc 1.2.53	11.2.53				I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieniczny
zajęc 22.2.53	25.2.53	23. 3.53	27	1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieniczny
zajęc 22.2.53	26.2.53	18. 3.53 24. 3. 30. 3. 3. 4. 13. 4. 21. 4. 27. 4.	21 27 33 37 47 55 61	ujemny 1/1600 1/1600 1/1600 1/1600 1/1600 1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieniczny

Ognisko Nr	Środowisko	L. p.	Nazwisko i imię	Wiek	Szpital Leczenie	Zajęcie
XVII	Miejskie	55	C. P.	49 l.	tak	gospodyni domowa (bratowa C. M.)
	„	56	M. M.	77 l.	tak	nomaga w gospodar- stwie domowym (mat- ka poprzedniej chorej)
XVIII	Wiejskie	57	Cz. J.	45 l.	tak	pracownica fizyczna Spółdz. Prod.
XIX	„	58	K. F.	32 l.	tak	hydraulik
XX	„	59	W. B.	28 l.	tak	pracownik fizyczny P.G.R.
	„	60	L. S.	18 l.	tak	pracownik fizyczny P.G.R.
XXI	Miejskie	61	W. W.	18 l.	tak	urzędniczka
	„	62	W. J.	52 l.	nie	gospodyni domowa
	„	63	W. Z.	20 l.	nie	urzędnik
	„	64	W. Cz.	16 l.	tak	uczennica (siostra po- przedniego chorego)

Styczność i data	Data zachorowania	Badania serologiczne			Postać kliniczna
		Data pobrania krwi	Dzień choroby	Wynik	
zajęc 22.2.53	5.3.53	30.3.53	26	1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc 22.2.53	9.3.53	24.3.53 30.3. 8.4. 13.4.	16 22 31 36	1/1600 1/1600 1/800 1/200	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc około 2.10.52	12.10.52	2.4.53 8.4. 13.4. 21.4. 23.4.	173 179 184 192 194	1/400 1/1600 1/400 1/100 1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc 17.1.53	21.1.53	2.4.53	72	1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc 17.3.53	18.3.53	7.4.53 9.4. 13.4. 21.4. 27.4.	21 23 27 35 41	1/400 1/1600 1/1600 1/800 1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny
zajęc 17.3.53	30.3.53	8.4.53 13.4. 21.4.	10 15 23	ujemny śląd 1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny i dymieniczny
zajęc 1.4.53	9.4.53	21.4.53 25.4.	13 17	ujemny 1/200	I — O zmianach zewnętrznych, typ anginowo-dymieniczny
zajęc 1.4.53	9.4.53	28.4.53	20	1/1600	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajęc 1.4.53	13.4.53	28.4.53	16	1/1600	I — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajęc 1.4.53	6.4.53	27.4.53	22	1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejaco-dymieniczny

Ognisko Nr	Środowisko	L. p.	Nazwisko i imię	Wiek	Szpital Leczenie	Zajęcie
XXII	Wiejskie	65	K. K. λ	22 l.	tak	pracownik fizyczny
XXIII	„	66	S. F.	45 l.	tak	pracownik fizyczny Spółdz. Prod.
	„	67	S. W.	38 l.	nie	gospodyni domowa (żona poprzedniego chorego)
	„	68	Z. Z.	40 l.	nie	kowal, prac. fiz. (brat poprzedniej chorej)
XXIV	„	69	G. A.	34 l.	tak	pracownik fizyczny Spółdz. Prod.
XXV	„	70	S. S.	15 l.	tak	pomaga w gospodarstwie rolnym
XXVI (woj. Koszalin.)	„	71	M. Cz.	33 l.	tak	szofer

Styczność i data	Data zachorowania	Badania serologiczne			Postać kliniczna
		Data pobrania krwi	Dzień choroby	Wynik	
Polnik : pracowała przy omłotach zeszló-rocznych s'ogów, koniec marca	koniec marca	13.4.53	około 15	1/1600	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych typ oddechowy
		21.4.	około 23	1/200	
		27.4.	około 29	1/1600	
zajac około 25.3.53	początek kwietnia	30.5.53	około 60	1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieniczny
"	"	9.6.53	około 70	1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieniczny
"	"	24.6.53	około 85	1/1600	II — O zmianach przeważnie w narządach wewnętrznych bez wyraźnego umiejscowienia
zajac około 25.5.55	3.6.53	29.6.53	27	1/400	I — O zmianach zewnętrznych, typ wrzodziejąco-dymieniczny
przypuszczalnie zajac około 10.6.53	21.6.53	26.6.53	37	1/400	I — O zmianach zewnętrznych typ anginowo-dymieniczny
		8.7.	49	1/1600	
zajac 21.1.53	31.1.53	3.4.53	63	1/1600	I — O zmianach zewnętrznych, typ oczno-dymieniczny
		8.4.	68	1/1600	
		13.4.	73	1/1600	
		21.4.	81	1/1600	
		27.4.	87	1/1600	

PIŚMIENICTWO

Abramowicz J.: Podręcznik okulistyki, Warszawa, 1947. Aleksandrowicz J.: Hematologia chorób zakaźnych, Warszawa, 1951. Alexander M. M.: Jour. of Exp. Med., 1950, T. 9, Nr 6. Basset J.: Bull. Acad. Vet. en France, 1947 T. 20 Nr 4. Beklemiszew W.: Uczebnik medic. entomologii Medgiz, 1949, str. 421—427. Betz Bureau M.: Revue Méd. de Liege, 1950 T. 5. Nr 14. Bierinskaja A. N.: Klinika tularemii. Min Zdrawoochr. SSSR, Centr. Inst. Usowersz. Wraczej, Moskwa, 1950. Bibilin: Tularemija, Moskwa, 1946. Bloch S. Wackerheim A.: Strasbourg Medical, 1953 T. 4 Nr 1, str. 19—21. Bow M. B., Born J. H.: Canad. M. Ass. Journ, 1944 T. 50, (str. 14) i 1945 T. 55, (str. 459). Brini A. i Mulier J.: Arch. d'Ophthalm., 1951 T. 2 Nr 5. Brumpt L. C.: Traité de Médecine, T. II. Lemierre, Lenormand etc., Paris, 1948. Cauchyl: La Tularémie. Concours Médical, 1950, Nr 50. Chatieniewier L. M. i Majewski J. N.: Tularemija, Moskwa, 1946. Chatieniewier L. M.: Tularemija. Bolszaja Medicinskaja Enciklopedija, 1936 T. 33. Chatieniewier L. M.: Żurn. Mikr., Epid. i Immun., 1935. T. XX, Nr 2. Chatieniewier L. M.: Żurnał Mikrob. i Epid., 1942 Nr 11—12. Chatieniewier L. M.: Laboratornaja diagnostika tularemii. Tularemijnaja infekcija, 1943. Dawid H.: Wien. Klin. Wochenschrift 1937, 50 (459—462). Dorofiejew K. A.: Tularemija żywotnych, Moskwa, 1951. Falk A.: Minnesota Med., 1947 t. 30 Nr 8. Foshay L.: Annual Review of Microbiol, 1950 T. 4. Medicine 19, 1940. Francis E.: Public Health Report 29.VII.1921, (str. 1731, 1738 i 1747). Francis E.: Journal Am. Med. Assoc. 5, 84, 1925. Francis E.: Journ. Americ. Med. Ass. 91, 1928. 1155—65. Geldner M.: Pol. Tyg. Lek., 1950, Nr 7—9. Gelber J.: Ped. Polska, 1953/7, str. 699. Geysztor J.: Łowiec Polski Nr 20, 1937. Girard G.: Revue Médicale du Moyen Orient, 1951, Nr 1—2. Girard G.: La tularémie. Concours Médical, 1951, Nr 5. Gromaszewski I. W. i Wajndrach G. M.: Epidemiologia szczegółowa, Warszawa, 1952. Grzebina A.: K'wyjaśnieniju roli kleszczej w epidemiologii i epizootologii tularemii w Rostowskoj obłasti. Tezisy dokłada na II Wsiesojuznoj Konferencji Tularemii, Moskwa, 1939. Hamilton E.: New Engl. Journal of Medicine, 1953 T. 248, Nr 24, str. 1013—1014. Hopla C. E.: Americ. Journ. of Hygiene, 1953 T. 58, Nr 1, str. 101—118. Hoppe R.: Wiadomości Weterynaryjne T. XV/1936. Jakubkiewicz J.: Warsz. Czas. Lek., 1938, Nr 19—20. Jakubkiewicz J.: Wiad. Lek., 1949, Nr 5/8, str. 41—49. Janowski D.: Rukowodstwo po kliniczeksoj giematologii. Kijew, 1951. Jusatz H. J.: Zeitschr. für Hygiene und Inf., 1952 T. 134, Nr 4, str. 350—374. Kacprzak M.: Tularemia — Choroby zakaźne L. Karwacki

i in. Delta W-wa, 1937, T. II, str. 331. Kacprzak E., Pieniążek I. i Serafinowicz M.: Presse Méd., 1950, Nr 7, str. 96. Karpow S. P. i Popow N. E.: Med. parazit. i parazitarnyje bolezni, 1943, T. 13, zesz. 2. Kassur B.: Pol. Arch. Med. Wewnętrznej, 1951, Nr 3. Kassur B., Naróg E.: Klinika Oczna, 1951, 21, 73—78. Kicińska H., Kostrzewski J., Łęczyccka A.: Przegląd Epid., 1954/I, str. 36. Koliakow J.: Wietierinarная mikrobiologija, Moskwa, 1952. Kosmaczewskij W.: Klin. Med., T. XX, Nr 9/1944, str. 60. Lavergne V. de Presse Médicale, 1950, T. 58, Nr 22. Lavergne V. de, Pierquin L., Helluy J. i Dornier R.: Considerations cliniques sur la première épidémie française de tularémie. Semaine des Hopitaux, 1950, Nr 76. Laun R. H. Donle W.: Münch. Med. Woch., 1953, T. 95, Nr 4, str. 146—148. Lentz W.: Aerztl. Wochenschrift, 1951, Nr 22. Levine: Medical Times, 1952, T. 80, Nr 4, str. 233—235. Lipszic M. S. i Silczenko W. S. Kliniczeskaja Medicina, 1951, Nr 7. Maduro R.: Pathologie de l'amygdale — Masson, Paris, 1953. McCoy, Chapin: Journ. Inf. Dis, Tome X, str. 61, 1912. Majskij J. N.: Immunologija tularemii, Moskwa, Akademia Med. Nauk., 1953. Markowicz J., Rozowski T., Świerczewski St.: Przegl. Epid., 1953/3. Millar: Canadian Med. Assoc. Journal, 1953, T. 69, Nr 2, str. 102—105. Niekipielow N. W.: Gryzuny, imeszczcie osoboje znaczenije w epidemiologii tularemii w SSSR Tularemijna infekcija, 1943. Osłufiew N. G.: Rezerwuary wirusa i perenoszcziki w prirodnich oczagach tularemii. Sowieszczanije po parazitologiczeskim problemam, Moskwa, 1939. Osłufiew N. G.: Parazytologija tularemii, Tularemijnaja infekcija, 1943. Parnas J.: Choroba kocia. Wiad. Lek., 1954/I. Parnas J.: Stan epizootii w Polsce, Warszawa, 1949, L.I.N.W. Parnas J.: „Antropozoozozy“ — rękopis. Poulet J.: Bulletin Médical, 1950, Nr 15—16. Przesmycki F.: Zarys bakteriologii praktycznej PZWL, Warszawa, 1951. Rabe H. H. i Czuzze C.: Med. Welt, 1951, Nr 29—30. Rafałowicz A.: Pol. Tyg. Lek., Warszawa, 1954, Nr 6, str. 177. Reich H.: Hautarzt, 1952, T. 3, Nr 9, str. 385—390. Rille J. H.: Dermat. Wochenschrift, 1951, Nr 20. Roznnowa G. N. i Murowannyj J.: Sow. Med., 1951, Nr 11. Rudniew G. P.: Klin. Med., Nr 1—2, 1944. Rudniew G. P.: Zoonozy, 1950. Rudniew G. P.: Leczenie infekcyjnych bolnych. Cz. II, Moskwa, 1953. Sebaquin J.: Clinique, 1952, T. 47, Nr 447, str. 37—40. Sembrat Niewiadomska Z.: Wszeczświat 1950, Nr 7, str. 206—209. Selezniewa A. A.: Żurnał Mikrob., Epidem. i Immunobiol., 1950, Nr 6. Simm K.: Przegl. Lek., Nr 15/16, 1949, str. 465—467. Simons S. A., Sterens J. M., Reeves W. C.: Amer. Journ. of Tropical Medicine, 1953, T. 2, Nr 3, str. 483—494. Simpson: Tularemia, 1931. Sojka J. Rozowski T., Markowicz J.: Pol. Tyg. Lek., 1954, Nr 6, str. 165. Somow P. B.: Izw. Rostow. Inst. mikrob. i epidem. 16/1937. Schmidt W.: Tularaemie im Mitteleuropa. Therapie der Gegenwart, 1951, Nr 3. Schmidt H. W.: Zentralblatt für algem. Path. und pathol. Anat., 1951, Nr 4,5. Schmidt H. W.: Zts. für Tropenmed. und Paras, 1952, T. 3, str. 408—412. Scheurmann H. i Huettner K.: Klin. Wochenschrift, 1950, Nr 43—44. Suworow S. W., Wolfierc A., Woronkowa M.: Trudy

Wsiesoj. protiwczum. sow. Saratow, 1929. Wiestn. mik. epid. i paraz, Nr 7, 1923. Taylor R. R.: J. of the Arkansas Med. Society, 1950, Nr 2. Tempka T.: Choroby układu krwiotwórczego, Warszawa, 1950. Waszkow W.: Rukowodstwo po dezinfekcyi, dezynsekcji i deratyzacji, Medgiz, Moskwa, 1952, str. 171, 363. Wolfierc A. A., Kołpakowa C. A. i Flegontowa A. A.: Westnik Mikrob. Epidem. i Parazitol., 1934, T. XIII. Woskresenskij B. W.: Epizootologija tularemii. Tularemijnaja infekcja, 1943. Wszelwskij S. M.: Czastnaja epizootologija, 1948. Zembrzuski K.: Przegląd Epid., 1954, Nr 1, str. 30. Zimmermann O., Tönning: Die Tularaemie in Eiderstedt. Oeff. Gesundh. Dienst, 1952, T. 13, Nr 10—11, str. 437—438.

Р Е З Ю М Е

Автор представляет результаты своих собственных исследований над туляремией у людей в Щетинском воеводстве в течение с 1.XI.1952 по 30.VI. 1953 г. Исследованиями было охвачено 71 случаев туляремии.

Из эпидемиологических данных следует, что туляремией заболело в подавляющем большинстве случаев сельское население (80,2%). Возраст больных колебался в очень обширных пределах: от 4 до 77 лет. Профессиональный фактор был отмечен, не вызывая никаких сомнений, лишь в одном случае. Источником заражения почти во всех случаях был больной заяц. Заболевания туляремией были сосредоточены в 26 небольших, независимых друг от друга очагах, от 1 до 7 лиц, причем семейный фактор оказался весьма знаменательным. Из клинических данных следует, что: а) инкубационный период колебался от 1 до 16 дней; б) течение болезни разнообразное — легкое, средне-тяжелое, и тяжелое, причем смертельные исходы не были отмечены; в) в качестве лечебных средств применялись антибиотики: хлормицетин и стрептомицин, эти средства в течение первых двух дней болезни вызвали заметное улучшение общего состояния больных и предохраняли перед загноением бубонов; г) клинические формы заболевания представлялись как ниже следует (по советской классификации с 1950 г.):

I. Форма характеризующаяся наружными изменениями: а) чистый язвенно-бубонный тип (45%); б) чистый бубонный тип (4,2%), в) чистый глазно-бубонный тип (4,2%), г) чистый ангинозно-бубонный тип (16,9%), д) ротово-бубонный тип (1,4%), е) смешанный тип: язвенно-бубонный и глазно-бубонный (1,4%), бубонный и ангинозно-бубонный (1,4%), глазно-бубонный и ангинозно-бубонный (1,4%).

II. Форма с поражением преимущественно внутренних органов: а) тип пищеводный (1,4%), б) желудочно-кишечный тип

(4,2%), в) легочный тип, верхний вариант (1,4%), г) тип без ясно выраженной локализации (16,9%).

На основании добавочных исследований автор приходит к заключению, что внутрикожная проба с тулярином не является вполне надежной, так как в ряде случаев установленной туляремии дала отрицательный результат; вполне надежной оказалось реакция аглютинации с палочкой туляремии в сыворотке крови больных, причем агглютинины появлялись чаще всего на третьей неделе болезни.

В заключении автором посвящена отдельная глава вопросам по борьбе с туляремией в Щетинском воеводстве.

SUMMARY

The author reports results of his studies conducted during the period from 1.XI.1952 to 30.VI.1953 on tularemia in man in the Szczecin district. The studies included 71 cases of tularemia.

Epidemiologic data indicate that the disease occurred mainly in the rural population (80.2 per cent). The age of patients covered a very broad range from 4 to 77 years. Professional factor has been clearly demonstrated in one case (1.4 per cent). The source of infection was almost in all cases a sick hare. The illness included 26 small independent centres, numbering 1—7 persons, whereby the family factor was very significant.

Analysis of clinical data revealed that: a) the incubation period ranged from 1—16 days; b) the course of the disease varied and was mild, fairly severe and severe, whereby no fatal cases were noted; c) patients were treated with antibiotics chloromycetin and streptomycin; these medicines administered during the first 14 days of the disease resulted in improvement of the constitutional state of patients and prevented buboes; d) clinical observations could be arranged in the following way, in accordance with the Soviet Union classification of 1950.

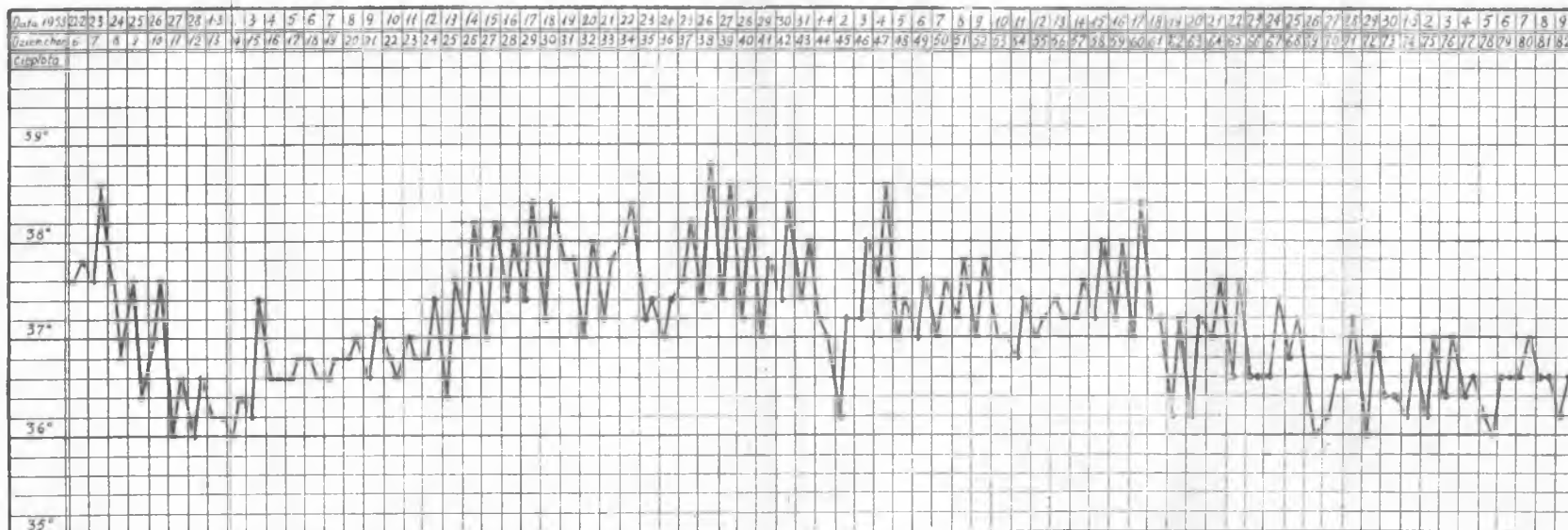
I. Form with external lesions: a) pure ulcerative-buboe type — 45 per cent, b) pure buboe type — 4.2 per cent; c) pure ophthalmobuboe type 4.2 per cent; d) pure angino-buboe type — 16.9 per cent; e) oral-buboe type — 1.4 per cent; f) mixed type: ulcerative — buboe and ophthalmobuboe — 1.4 per cent, buboe and angino-buboe — 1.4 per cent, ophthalmobuboe and angino-buboe — 1.4 per cent.

II. Form with lesions mainly in the internal organs: a) oesophageal type — 1.4 per cent; b) gastro-intestinal — 4.2 per cent; c) respiratory, superior variety — 1.4 per cent; d) without any clear localization — 16.9 per cent.

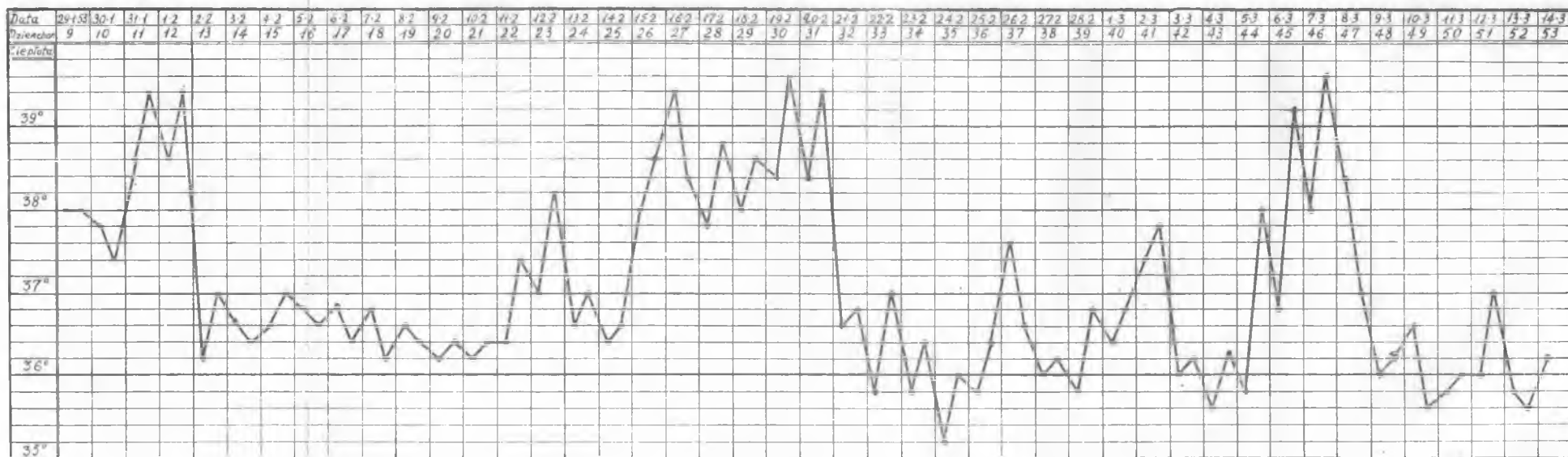
On the basis of supplementary studies the author concludes that: the intradermal test with tularin is not reliable, because in

a number of proved cases of tularemia its result was negative; reliable proved to be the agglutination test with bacterium tularemiae in the blood serum of patients, which appeared most often in the third week of the disease.

Finally the author devotes a separate chapter to the problem of combating tularemia in the Szczecin district.



Ryc. 9. Karta gorączkowa chorego Ch. A. (przypadek Nr 38 ogólnego zestawienia).



Ryc. 12. Karta gorączkowa chorej W. T. (przypadek Nr 27 ogólnego zestawienia).