

Z Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie
Dyrektor: Prof. dr Józef Parnas

Felicja WYSOCKA

**Badania nad epidemiologią tularemii
w województwie szczecińskim**

**Научные исследования над эпидемиологией туляремии
в воеводстве Щецинском**

**Studies on epidemiology of tularemia
in the Szczecin district**

Tularemia jest chorobą bardzo zbliżoną do dżumy. Zasadniczo jest śmiertelną, posocznicową, chorobą różnych gryzoni, wtórnie, chorobą człowieka. W odróżnieniu od dżumy rzadko wybucha w wielkich epidemiach. Najprawdopodobniej ma wspólne pochodzenie z dżumą. Sądzi się, że obszary Rosji carskiej uważane za najstarszą i najpoważniejszą siedzibę dżumy, której dopiero z ogromnym sukcesem przeciwstawiła się służba zdrowia ZSRR, mogą być zasadniczym, wyjściowym ogniskiem tularemii, skąd przeszła zaraza na gryzonie Japonii i Ameryki. W wieku XVIII i z początkiem wieku XIX były duże kontakty rosyjsko-amerykańskie w zakresie handlu i łowów na zwierzęta futerkowe (cyt. wg Holmesa). Późniejsze odkrycie tularemii w Ameryce jest wynikiem intensywnych badań nad dżumą, której wybuch w postaci groźniejszej epidemii stał się bardzo prawdopodobny od r. 1906, po trzęsieniu ziemi i pożarach w San - Francisco. Zasługą służby zdrowia St. Zjednoczonych jest odróżnienie tularemii od dżumy i wydzielenie jej jako odrębnej jednostki chorobowej. Dalsze lata tworzą historię tularemii w różnych krajach Ameryki Północnej, Japonii, w Iraku, na azjatyckich i europejskich obszarach Związku Radzieckiego, w szeregu krajów europejskich. Obecnie zasięg tularemii ogranicza się do północnej półkuli globu ziemskiego i ciekawe jest, czy

połkula południowa jest wolna od tularemii, czy też nie została ona tam jeszcze ujawniona i rozpoznana (G r o m a s z e w s k i). W r. 1930 Charles Nicolle zaliczył tularamię do chorób przyszłości. W ciągu lat tularemia dokonała podbojów terenowych zwłaszcza w Europie i spowodowała nowe epidemie na dawnych obszarach. Przez swoje postępy zmusiła wiele umysłów ludzkich do pracy nad poznaniem i zwalczaniem tej jednej z najbardziej pasjonujących, odzwierzęcych chorób zakaźnych człowieka.

Tularemia w Polsce

Okres drugiej wojny światowej i lata powojenne przyniosły z kół naukowych radzieckich i amerykańskich doniosłe spostrzeżenia nad epidemiologią, kliniką i leczeniem tularemii. W ostatnich latach przed wojną w r. 1936, gdy tularemia pojawiła się w środkowej Europie — Austrii i Czechosłowacji, poczęto i w Polsce wobec bliskiego zagrożenia naszych ziem, zaznajamiać się z tą nową, szerzącą się zarazą. W piśmiennictwie polskim przedwojennym znalazło się kilka krótszych, lub dłuższych omówień zasadniczych zagadnień tularemii (K a c p r z a k, H o p p e, C h o d ź k o, G e y s z t o r, J a k ó b k i e w i c z). Żadnego przypadku tularemii nie stwierdzono w tym okresie, ani u ludzi, ani u zwierząt, i pomimo dużego rozgłosu, jaki nadano tularemii w Europie, pozostała ona mało znana szerszemu ogółowi lekarzy w Polsce. Inst. Wet. w Puławach i St. Badaw. Lasów Państw. w Białowieży rozpoczęły od r. 1938 badania zajęcy i innych gryzoni w kierunku tularemii. Raz tylko w r. 1939 ujawniono w narządach zająca szczep pałeczek gramoujemnych, nie rosnących na zwykłych podłożach¹ przypominający właściwościami *Past. tularensis* (P a r n a s, S t a ś k i e w i c z, — inf. ustna).

W latach powojennych znajdujemy w piśmiennictwie artykuły Simm a (1949), Geldner a (1950) i Pieniążka, Serafimowicza, Kasprzaka (1951), nawiązujące do aktualności tularemii w Polsce, oraz donoszące o osiągnięciach badawczych, epidemiologicznych w krajach ościennych, ZSRR, Czechosłowacji i w Niemczech. Simm pisząc o masowym pojawie polnych gryzoni na ziemiach zachodnich Polski w r. 1946/47 stwierdza, że jego zdaniem istnieją u nas wszelkie warunki ekologiczne dla rozszerzenia się zarazków tularemii. Zaznacza przy tym, że w toku badań gryzoni w latach 1946/47 wykazano zarazki tularemii w jednej próbce z myszy polnej. Poszukiwania Zwierza za pałeczkami tularemii u gryzoni były daremne (1951). Warto w tym miejscu podkreślić, że w roku 1942 ukazała się wzmianka Schoppa o wykryciu tularemii u zająca na obszarze wojew. poznańskiego, przyjęta jako wiarygodna przez niektórych autorów. (Bourroughs et al). Geldner, dobitnie podkreślając, że położenie fizyko-geograficzne naszego kraju, świat roślinny i zwierzęcy, tryb życia, warunki zawodowe i gospodarcze, stwarzają nieograniczone możliwości przeniesienia zakażenia do Polski, wysuwał przypuszczenie, że tularemia w Polsce istnieje, jako nierozpoznana jednostka chorobowa. W badaniach nad stawonogami w Polsce, Wyrwicka (1947) stwier-

dziła te same gatunki, wszy, pcheł i kleszczy, które uznane są w ZSRR za przenosicieli tularemii. (cyt. wg P a r n a s a).

Pierwsze w Polsce doniesienie o tularemii ludzi — K a s s u r a i K a s s u r a - N a r o g a, dotyczy odkrycia tularemijnego tła w sprawie oczno-dymieniowej choroby u 2 pracowników PZH w Warszawie, zakażonych podczas zajęć laboratoryjnych. Zakażenie nastąpiło przy badaniu materiału z gardzieli, nadesłanego od chorych z woj. olsztyńskiego, gdzie na wiosnę w r. 1950 wybuchły liczne przypadki choroby gorączkowej ze zmianami w gardle, niejasnego pochodzenia. Rozpoznanie przyniósł zakażenia laboratoryjnego miało donieść znaczenie epidemiologiczne, gdyż ustalając rozpoznanie u 2 wymienionych chorych wyjaśniło przyczynę równoczesnej choroby u 2 innych pracowników PZH, zakażonych w podobnych okolicznościach, a przede wszystkim odkryło naturę zarazy w woj. olsztyńskim, której, w krótkim czasie, uległo 42 ludzi. Źródłem epidemii był zajęc. W ten sposób polska służba zdrowia stanęła w r. 1950 po raz pierwszy przed faktem rzeczywistej aktualności zagadnienia tularemii. Epidemię olsztyńską opisał Z e m b r z u s k i. Późniejsze śledzenie dotkniętych w r. 1950 powiatów woj. olsztyńskiego dowodzi, że sprawa nie ucichła i w dalszym ciągu obecnie wymaga uwagi i opieki czynników epidemiologicznych. Wkrótce po ustaleniu tularemii w woj. olsztyńskim, doniesiono o dwóch przypadkach tularemii z woj. białostockiego, które nie znalazły szczegółowszego opracowania.

Na początku listopada 1952 r. R o z o w s k i rozpoznał pierwsze przypadki tularemii u ludzi w woj. szczecińskim. W przeciągu dwóch miesięcy stwierdzono trzy rodzinne wybuchy tularemii w trzech różnych powiatach województwa. Razem zachorowało 13 osób, zamieszkujących wiejskie gospodarstwa, zakażonych od zajęcy. Wielopostaciowy obraz kliniczny, wywiad epidemiologiczny, wyniki badań rozpoznawczych, uwzględniających odczyn zlepnny i próbę alergiczną zostały opracowane przez M a r k o w i c z a, R o z o w s k i e g o i Ś w i e r c z e w s k i e g o. We wnioskach ze swoich spostrzeżeń, autorzy zwrócili uwagę, że stwierdzenie tularemii w trzech powiatach i ustalenie odzającego pochodzenia zakażenia wymagają bliższego opracowania zagadnienia epizootii wśród zajęcy i innych gryzoni na terenie woj. szczecińskiego i woj. ościennych. Dalsze wysiłki R o z o w s k i e g o, mające na celu zaznajomienie lekarzy w szpitalach powiatowych i ośrodkach zdrowia z kliniką tularemii, dały owocne wyniki. Do lata 1953 zostało zebranych 70 przypadków tularemii u ludzi z pięciu powiatów województwa. Część chorych przewożono do wojewódzkiego szpitala specjalistycznego w Szczecinie, gdzie byli leczeni według najnowszych zasad antybiotykami, zastosowanymi w Polsce po raz pierwszy przez K a s s u r a w tularemii. Z tego szpitala pochodzi doniesienie S o j k i, R o z o w s k i e g o i M a r k i e w i c z a, i z tego okresu również pochodzi zestawienie kliniczne G e l b e r a, dotyczące 8-u przypadków tularemii u dzieci. R a f a ł o w i c z podaje opis przypadku tularemii, jaki się zdarzył w Warszawie w lutym 1953 r. i który pozwolił na odkrycie grupy dalszych 18 osób zakażonych, w części bezobjawowo, w tym samym środowisku. Przypadek R a f a ł o w i c z a, dotyczył kobiety 37 letniej, u której tularemia

przebiegała pod postacią ostrej dymienicy ze wzmożoną leukocytozą i ilością ciałek kwasochłonnych, sprawiając z tego powodu niemałe trudności rozpoznawcze. Dochodzenia epidemiologiczne zostały przeprowadzone przez Kicińską, Kostrzewskiego i Łęczycką. Źródłem zakażenia w Warszawie były zajęce. Zachorowania miały wyraźnie zawodowy charakter. Wśród chorych byli pracownicy przetwórci dziczyzny i jedna osoba zatrudniona w składnicy skór, do której trafiły skórki zajęce.

Takie wypadki i takie osiągnięcia poprzedziły i towarzyszyły powstaniu myśli utworzenia specjalnej ekspedycji badawczej na terenie woj. szczecińskiego, która miałaby przeprowadzić bliższe dochodzenia epidemiologiczne i epizootologiczne, poznać zbiornik i przenośniki zarazka, aby móc później wytyczyć plany zwalczania tularemii, których potrzebę dyktowała narastająca liczba zgłoszonych zachorowań u ludzi. Ekspedycja została zorganizowana na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdańsku, Instytut Medycyny Pracy Wsi w Lublinie i Państwowy Zakład Higieny w Warszawie. Pod kierunkiem Prof. Dr J. Morzyckiego rozpoczęto prace z początkiem maja 1953 r. Cechą charakterystyczną badań Ekspedycji była kompleksowość, obejmująca następujące dziedziny badań zespolowych:

- a) mikrobiologicznych,
- b) epidemiologicznych i epizootologicznych,
- c) zoologiczno-ekologicznych i
- d) entomologicznych.

Badania własne w województwie szczecińskim

Badania epidemiologiczne w woj. szczecińskim w ramach ekspedycji były prowadzone przez H. Kicińską i F. Wysocką. Odmienny kierunek badań decydował o indywidualnym wykonywaniu zadania, co pozwala autorowi na przedstawienie własnych wyników pracy.

W chwili przystąpienia do badań epidemiologicznych stan danych o tularemii u ludzi był następujący:

1) Pierwsze przypadki stwierdzono z początkiem listopada 1952 r.

2) Rozmieszczenie przypadków w pięciu powiatach, które wymieniałam.

- a) Najwięcej przypadków pochodziło z powiatu Gryfice i Gryfino. Ostatni powiat, ustalony jako objęty tularemią, był powiat Szczecin, gdzie pierwsze dwa przypadki zostały rozpoznane z końcem wiosny 1953 r.
- b) W mieście Szczecin przypadków tularemii nie stwierdzono. (Ryc. na str. 240).

3) Od początku listopada 1952 r. do wejścia ekspedycji w pełny tok prac, to znaczy do lata 1953, zebrano 70 przypadków zachorowań u ludzi.

4) Przebieg choroby był lekki i średnio ciężki, klinicznie wielopostaciowy, bez zejść śmiertelnych.

5) W większości przypadków choroba występowała rodzinnie, i brała początek we wspólnym źródle zakażenia.

6) Prawie we wszystkich przypadkach zajęć był źródłem zakażenia; dla innych pewnych źródeł choroby było brak dowodów. Zadanie, jakie zostało postawione do wykonania, było pełniejsze poznanie występowania tularemii u ludzi w woj. szczecińskim w ostatnich dwóch latach, czyli od połowy roku 1951 do połowy roku 1953, aby móc dać odpowiedź na następujące pytania:

1) Czy przed listopadem 1952 były wypadki zachorowań na tularemię?

2) Jakie było nasilenie tularemii w okresie badanym?

3) Jaki był zasięg epidemii w województwie?

4) Pod jaką postacią kliniczną kryły się przypadki tularemii dotychczas nierozpoznane? Jaki był przebieg chorobowy i następstwa?

5) Jakie były źródła zakażeń? Czy jedynie zajęć odgrywał bezpośrednią rolę w epidemii szczecińskiej?

6) Jakie grupy ludzi pod względem miejsca zamieszkania i rodzaju zatrudnienia zapadały na tularemię?

Badania należało oprzeć o historie chorób w szpitalach i karty chorobowe ośrodków zdrowia przy równoczesnym wglądzie w bieżące zachorowania — o ile możliwości na terenie całego wojew. szczecińskiego. Należało spodziewać się, że pod rozpoznaniem takimi jak: grypa, błonica gardła, angina, ropnie okołomigdałkowe, gruźlicze zapalenie węzłów szyjnych, ropnie szyjne, łokciowe, pachowe, pachwinowe, świnka, ostre zapalenie spojówek, niejasne stany gorączkowe, podejrzenia na dur brzuszny itd., kryje się niejednokrotnie tularemia. Tak zostawały już retrospektywnie odkrywane ogniska tularemii w innych krajach. Należało ich doświadczenie powtórzyć. Po zapoznaniu się z dostępną, mniej lub bardziej dokładną, lub zupełnie ogólnikową dokumentacją chorobową — typowano osoby podejrzane o przebycie tularemii. Wybierano również chorych bieżących, których obraz kliniczny nasuwał podejrzenie tularemii. Zaznaczyć w tym miejscu należy, że znacz-

ny odsetek dokumentacji, różny w zależności od rodzaju placówki, nie nadawał się do wykorzystania, co ma duże znaczenie przy ostatecznej ocenie liczbowej wytypowanych, a następnie rozpoznanych przypadków tularemii. Starano się następnie w możliwie jak największym odsetku u wybranych ludzi badać krew w kierunku tularemii, przy zastosowaniu odczynu zlepnego. U osób z dodatnimi wynikami ustalono obecny stan kliniczny, zbierano wywiad chorobowy i epidemiologiczny oraz starano się badać otoczenie rodzinne, ewentualnie zawodowe zwłaszcza tam, gdzie wywiad epidemiologiczny wskazywał, że choroba miała raczej charakter zawodowy. Oczywiście, że czasem przekonywano się, iż rozpoznanie lekarskie, dla którego wytypowano danego osobnika, jest najzupełniej słuszne, a przeciwciała wykryte w jego surowicy należy odnieść do odmiennej i kiedy indziej mającej miejsce sprawy, o której dowiedziano się przypadkowo. Wywiad chorobowy i epidemiologiczny łatwo jest zbierać od chorego, który bezpośrednio przeszedł chorobę, lub niedawno i stosunkowo ciężko; wtedy jeszcze szczegóły, o które pytamy, potrafi nam podać. Zdobywanie natomiast danych o dawniejszych dolegliwościach, a zwłaszcza, jeżeli ich nasilenie było lekkie, szybko przemijające, jest często zupełnie bezowocne. Trudności takie są jeszcze spotęgowane, — to może mieć miejsce w każdym przypadku — oporami natury psychicznej ze strony byłych chorych. Ponieważ w wywiadzie musimy się pytać o styczność z zającami — co dla wielu jest powodem żartów i niedowierzań — obawa przed karą za kłusownictwo, łapanie zajęcy w miesiącach ochronnych, jest powodem trzymania całej historii choroby w tajemnicy. W wynikach, które przedstawię, zmuszona jestem w wielu wypadkach przyznać się, że bez powodzenia dochodziłam szczegółów i źródła choroby. W rubryce statystycznej, odnoszącej się do źródła choroby w nagłówku „nieznane” na pewno znaczny odsetek odnosi się także do zająca, o którym chory zapomniał, lub go przemilczał.

Te ogólnikowe wyjaśnienia o warunkach pracy musiałam podać na wstępie, zanim przejdę do omówienia wyników badań.

Badania według schematu, który podałam, objęły 12 powiatów województwa, a więc wszystkie. Jedenaście w skali, dającej orientacyjne wyniki, które pozwolą dać odpowiedź na zasadnicze pytania epidemiologiczne. W pow. Szczecin, z braku już czasu w ramach prac ekspedycji, przeprowadzono badania w szczupłych roz-

miarach, niedostateczne. Mowa więc będzie o woj. szczecińskim z bardzo nikłym uwzględnieniem miasta Szczecin i powiatu Szczecin. Wytypowano 2.133 osób. W paru powiatach, zwłaszcza tych, które do chwili zorganizowania ekspedycji były uważane za najbardziej nawiedzone przeglądnięto wszystkie dostępne dokumentacje lekarskie za 2 lata wstecz i śledzono w ciągu szeregu miesięcy przypadki bieżące. Zatem liczby wytypowanych osób na terenie danych powiatów są zbliżone do pełnej ilości osób podejrzanych o przechorowanie tularemii — naturalnie tych, które zgłosiły się do lekarza o pomoc i pod warunkiem, że ich zgłoszeniu i badaniu odpowiadały odnośne zapisane uwagi lekarza. Tak opracowano powiaty: Kamień Pomorski, Nowogard i Gryfino. Inne powiaty są mniej kompletnie przepracowane. W ocenie ilości przypadków ostatecznie dodatnich w pracy — 179 —, te uwagi są bardzo istotne, wskazując, że liczba osiągnięta jest tylko częścią przypadków, które pozostały do wykrycia.

Z ilości 2.133 wytypowanych pobrano krew do badania od 1.099 osób. Wyników serologicznie dodatnich było 103 = 9,4%. Będąc u większości tych osób i kontrolując stan bieżący, starano się badać ich najbliższe otoczenie. Z otoczenia chorych zbadano 419 osób. Zbadanie otoczenia ogromnie rozjaśnia aspekt epidemiologiczny choroby, rzuca światło na okoliczności zakażenia, pozwala poznać przeciętne, a nie w wybranym tylko środowisku, zagęszczenie zarazka, ujawnia przebyte zachorowania lekkie, lub zgoła bezobjawowe, które nie dochodziły do lekarzy. W sumie zbadano krew na odczyn zlepný od 1518 osób, uzyskując wynik dodatni u 178 osób. Jeden przypadek rozpoznano na podstawie obrazu kliniczno-epidemiologicznego, co daje razem 179 przypadków dodatnich; w tym 95 kobiet i 84 mężczyzn; na dzieci od 1—10 lat przypada liczba 16. Najmłodsze dziecko liczyło jeden rok życia. Z dotychczasowych przypadków w woj. szczecińskim najmłodsze dziecko miało 4½ roku (Gelber). Przewaga liczbowa po stronie kobiet jest spowodowana tym, że spośród wytypowanych ludzi łatwiej było zdobyć krew i nakłonić do zbadania kobiety, niż mężczyzn, oraz przy opracowywaniu środowiska w otoczeniu przypadku dodatniego trudniej było przekonać mężczyzn o potrzebie poddania się badaniu.

Miano aglutynacyjne 1 : 25 było najniższym w zasadzie jakie uważano za dodatnie. Miano więc od 1 : 25 wzwyż, obraz kliniczny,

dane epidemiologiczne, ewentualnie próba śródskórna z tularyną wykonywana w pewnej ilości przypadków, dawały razem podstawy rozpoznawcze. Wyjątkowo w 1 przypadku byłam zmuszona rozpoznać tularemię bez badania krwi, przy typowych zmianach klinicznych i wobec podobnie chorych innych członków rodziny i z ustalonym mianem zlepnym. U 15 (ze 179) badanych zadowolono się aglutynacją kropłową, z konieczności technicznych przy zapewnieniu rozpoznania u 5 osób na podobnych podstawach, jak w przypadku poprzednim. Mowa tu tylko o znikomej ilości przypadków, u których odczyn zlepnny w grubej kropli został przyjęty jako miarodajny. Na ogół próba ta wykonywana u szeregu osób przy sprawdzeniu aglutynacją ilościową okazała się w znacznym odsetku przypadków nieswoista i nie zasługuje na jej polecenie.

Oto wykaz mian, uzyskanych w omawianym materiale (odczyzny zlepnne wykonali: Dr Kunstmanowa z WSSE Szczecin oraz większość prób z powiatu Kamień i Gryfice — Prof. Skrodzki i współpracownicy w laboratorium Ekspedycji).

Miano	1 : 25	29 osób
"	1 : 50	33 "
"	1 : 100	38 "
Miano powyżej	1 : 100 — 1 : 1600	54 "
bez określonego miana		15 "
Miano poniżej	1 : 25 (około 1 : 20)	9 "
" "	1 : 25 (około 1 : 20) wątpliwe,	
	6 osób — niewłączone do statystyki.	

Miana poniżej 1 : 25, około 1 : 20, które przede wszystkim wykazano w pow. Chojna i Choszczno, pozostawiam do omówienia późniejszego przy analizie zarysowujących się charakterystycznych różnic pomiędzy pewnymi obszarami województwa.

Ilościowe rozmieszczenie przypadków tulareмии rozpoznanych z typowania oraz przy badaniu otoczenia w poszczególnych powiatach przedstawia tabela I. Równocześnie jest zamieszczony wykaz odsetkowy przeprowadzonych badań w stosunku do liczby wytypowanych osób.

Tabela I

Powiat Wolin

Wytypowanych	— 80	zbadano krew	— 30 . . .	37,5%
Zbadanych	— 30	dodatnich	— 14 . . .	46,6%
Zbad. otoczenie dalsze	— 29	dodatnich	— 10 . . .	34 %
Suma osób	— 59	dodatnich	— 14 . . .	46,6%

Powiat Kamień Pomorski

Wytypowanych	— 330	zbadano krew	— 158 . . .	47,9%
Zbadanych	— 158	dodatnich	— 11 . . .	7 %
Otoczenie bliskie i dalsze	— 56	dodatnich	— 3 . . .	5,3%
Suma osób	— 214	dodatnich	— 14 . . .	6,5%

Powiat Gryfice

Wytypowanych	— 240	zbadano krew	— 137 . . .	55,8%
Zbadanych	— 134	dodatnich	— 10 . . .	7,4%
Otoczenie bliskie	— 27	dodatnich	— 8 . . .	33,7%
Suma osób	— 161	dodatnich	— 18 . . .	11,2%

Powiat Łobez

Wytypowanych	— 100	zbadano krew	— 55 . . .	55 %
Zbadanych	— 55	dodatnich	— 9 . . .	16,4%
Suma z otoczen. bliskim	— 62	dodatnich	— 10 . . .	16 %

Powiat Nowogard

Wytypowanych	— 265	zbadano krew	— 148 . . .	55,8%
Zbadanych	— 148	dodatnich	— 14 . . .	9,5%
Otoczenie bliskie	— 54	dodatnich	— 18 . . .	33,3%
Suma osób	— 202	dodatnich	— 32 . . .	15,8%

Powiat Stargard

Wytypowanych	— 190	zbadano krew	— 63 . . .	33,1%
Zbadanych	— 63	dodatnich	— 4 . . .	6,3%
Otoczenie bliskie i dalsze	— 93	dodatnich	— 3 . . .	3,2%
Suma osób	— 156	dodatnich	— 7 . . .	4,5%

Powiat Gryfino

Wytypowanych	— 290	zbadano krew	— 172 . . .	59,3%
Zbadanych	— 172	dodatnich	— 15 . . .	8,7%
Otoczenie bliskie	— 29	dodatnich	— 5 . . .	17,2%
Suma osób	— 201	dodatnich	— 20 . . .	20 %

Powiat Pyrzyce

Wytypowanych	— 200	zbadano krew	— 76 . . .	37 %
Zbadanych	— 76	dodatnich	— 10 . . .	13,1%
Otoczenie bliskie i dalsze	— 46	dodatnich	— 4 . . .	8,7%
Suma osób	— 122	dodatnich	— 14 . . .	11,5%

Powiat Choszczno

Wytypowanych	— 93	zbadano krew	— 47 . . .	50,5%
Zbadanych	— 47	dodatnich	— 7 . . .	14,9%
Otoczenie bliskie i dalsze	— 42	dodatnich	— 11 . . .	26 %
Suma osób	— 89	dodatnich	— 18 . . .	20,2%

Powiat Myślibórz

Wytypowanych	— 125	zbadano krew	— 72 . . .	57,6%
Zbadanych	— 72	dodatnich	— 3 . . .	4,2%
Otoczenie bliskie	— 14	dodatnich	— 2 . . .	14,3%
Suma osób	— 86	dodatnich	— 5 . . .	5,8%

Powiat Chojna

Wytypowanych	— 210	zbadano krew	— 131 . . .	62,4%
Zbadanych	— 131	dodatnich	— 6 . . .	4,6%
Otoczenie bliskie i dalsze	— 22	dodatnich	— 3 . . .	13,6%
Suma osób	— 153	dodatnich	— 9 . . .	8 %

Odtworzenie obrazu klinicznego w poszczególnych przypadkach rozpoznanych retrospektywnie jest niełatwe i mało dokładne. Opiera się z jednej strony na tych szczegółach, które stanowiły podstawę dla typowania danych osób do badania w kierunku przebytej choroby, z drugiej na wiadomościach, zebranych w rozmowie z danymi osobami. W szeregu wypadków zestawienia badawcze wypadają tak niepewnie, że trzeba zrezygnować z dalszych starań nad określeniem przebiegu i postaci choroby. Wyniki takiego postępowania muszą kryć w sobie wiele niedopowiedzeń i nieścisłości, a w sumie opracowanych przypadków dawać tylko pobieżny zarys kliniczny cięższych lub lżejszych przechorowań.

Ze 179 osób, u których wyniki badań wypadły dodatnio, zbadano i zebrano wywiad od 155 osób. Ustalono przechorowanie objawowe u 106 osób, bezobjawowe, lub tak lekkie poronne, że uszło uwagi chorych, względnie zatarło się w ich pamięci — u 35 osób. Nie można było bliżej określić sposobu przechorowania u 14 osób. Podaję zestawienie tego zasadniczego podziału z uwzględnieniem rozmieszczenia przypadków w poszczególnych powiatach w tabl. II.

Tabela II

Podział chorobowy na objawowe i bezobjawowe przechorowania

Powiat	Przypadki dodatnie	Objawowe	Bezobjawowe	Nieznane
Wolin	24	—	—	—
Kamień Pomorski	14	10	0	4
Gryfice	19	15	4	0
Łobez	10	9	1	0
Nowogard	32	21	9	2
Stargard	7	7	0	0
Gryfino	22	16	5	1
Pyrzyce	14	7	5	2
Choszczno	18	8	7	3
Myślibórz	5	3	2	0
Chojna	14	10	2	2
Razem	179	106	35	14

W podziale klinicznym stosuję się do klasyfikacji radzieckiej z r. 1950. Tabl. III uwzględnia przynależność do postaci i typów klinicznych przypadków objawowych, u których zdołano z większym prawdopodobieństwem dane kliniczne określić. Uderza mały odsetek typu wrzodziejąco-dymienicznego. Niewątpliwie był on większy. W rubryce typu dymienicznego mieści się z pewnością niejeden przypadek typu wrzodziejąco-dymienicznego. Typ to uchwytany dla lekarza, obserwującego chorego w okresie rozwijających się zmian pierwotnych. Chory sam często pomija owrzodzenie, nie zwraca nań uwagi; — pamięta bolesne i zniekształcające go węzły chłonne.

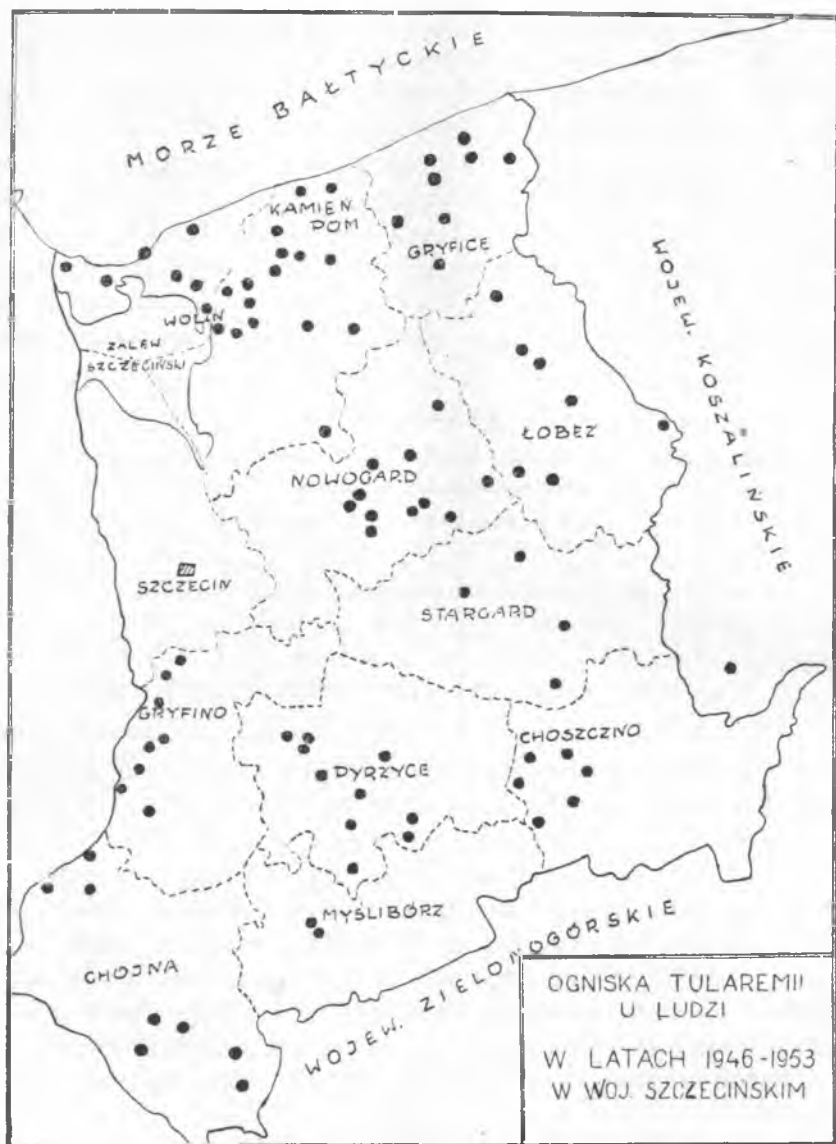
Tabela III

Odsetki obliczone od ogólnej liczby przechorowań objawowych (106).

Przebieg objaw.	Postać o zm. zewn.	Typ dymien.	Typ wrzod. dym.	Typ oczno-dym.	Typ ane-dym.	Typ o innym umiejscowie-niu	Postać o zm. wewn.	Typ oddech.	Typ żółt. jelit.	Typ o innym umiej-
106	87	42	3	13	28	1	19	3(2 ²)	16(1 ²)	0
	82%	39,6%	2,8%	12,2%	26,4%	0,9%	18%	2,8%	15,2%	

Już samo rozmieszczenie postaci i typów klinicznych, a jeszcze bardziej wymienienie ilości ciężkich, średnich i lekkich przechorowań podkreśla niejednorodność odczynu chorobowego na zarazek. Różnice istnieją osobnicze, ale i dają się zauważyć grupowe ze strony mieszkańców poszczególnych okolic. Podaję przebieg przypadków według ich ciężkości ze szczególnym uwzględnieniem czasokresu choroby, obliczanego łącznie z nawrotami. Długi okres choroby i obecność nawrotu lub nawrotów w statystykach terenowych rzucają światło na stopień nasilenia stanu chorobowego. Zdołano określić czas trwania choroby u 74 osób, co przedstawia Tabl. IV.

Przeciętnie choroba kończyła się do roku. W wyjątkowych nielicznych przypadkach, na skutek powtarzających się nawrotów, sprawa przeciągała się dłużej i nawet po kilku latach dawała znać o sobie. Początek choroby był u wszystkich nagły, niespodziewanie zaskakujący, wśród przeciętnych objawów — dreszcze, gorączka, osłabienie, ból głowy. W przebiegach cięższych były skargi na bóle kończyn. Częste poty, niekiedy bardzo obfite. Rzad-



ko stwierdzano objawy żołądkowo-jelitowe, wymioty u 2 chorych i stolce biegunkowe u 2 chorych w typie trzewnym tularemii. Bóle o różnym nasileniu czasem bardzo gwałtowne towarzyszyły stale typom dymienicznym. Bóle gardła nie wielkiego stopnia, były nierozzerwalnie związane z typem anginowo-dymienicznym, typowe skargi oczne w toku rozwijającego się zespołu oczno-dymieniczne-

go choroby. Z objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego stwierdzono durowe zamroczenie w połączeniu z podnieceniem psycho-ruchowym u 7 osób.

Tabela IV

Czasokres	Ilość przypadków	%
1 tydzień	13	17,6
1—2 tygodni	9	12
2—3 „	3	4
3—4 „	5	6,7
1—2 mies.	17	22,9
2—3 „	6	8,1
3—4 „	5	6,7
4—5 „	3	4
5—6 „	1	1,3
6—9 „	3	4
9—12 „	4	5,4
1—2 lat	1	1,3
2—3 „	0	0
3—4 „	1	1,3
4—5 „	2	2,7
5—6 „	1	1,3
Odsetki obliczone od liczby przypadków: 74, u których zdołano określić czasokres choroby.		

Spis niestálych objawów silnie wyrażonych:

dreszcze u 52 chorych
osłabienie u 60 chorych
bólé kończyn u 17 chorych
bólé głowy u 4 chorych

poty u 4 chorych
objawy żółdkowo-jelitowe
u 2 chorych
zamroczenie u 7 chorych
objawy ze strony dróg oddechowych u 2 chorych

Z odmian klinicznych przebiegających z powiększeniem węzłów chłóнных — 72, do ropienia doszło u 39 — 54,1%. Wszyscy chorzy o których mowa, to ludzie nieleczeni swoiście, ani z myślą o tularemii, gdyż nie była ona u nich rozpoznana. Wyjątek stanowią pojedyncze przypadki, które rozpoznano w bieżącym stanie choroby. (Zastosowano leczenie antybiotykami. Woj. Szp. Specjalistyczny Szczecin). Proces ropienia dymienic albo zmiany w węzłach chłóнных nie doprowadzające do ropienia są wykładnikiem

również stopnia zjadliwości zarazka. Pozostałości w postaci blizn, które zastawało się nie zawsze jeszcze ostatecznie suche, wygojone, utrzymujące się powiększenie węzłów chłonnych obwodowych i stany osłabienia, na które długo po ustąpieniu zasadniczej choroby chorzy się uskarżali — oto dalsze kryteria dla wniosków — odnośnie cięższych lub lżejszych przebiegów tularemii. Pod tym względem powiaty nie różnią się wyraźnie między sobą. Powiat Choszczno jedynie wychodzi najłagodniej; u żadnego z ozdrowieńców nie znaleziono pozostałości pochorobowych, świadczących o bardziej rozległych procesach chorobowych.

Można by w tym miejscu postawić pytanie, czy były przypadki śmiertelne. W powiecie Gryfino istnieje podejrzenie na jeden przypadek śmiertelny. Starszy mężczyzna, jeden z członków rodziny, w której dwie osoby chorowały, jak się obecnie okazało na tularemię, w tym samym czasie wysoko gorączkował i wobec poważnego i niewyjaśnionego stanu został oddany do szpitala, gdzie zmarł. Rozpoznanie przyczyny zgonu brzmiało: gruźlica płuc. Przeglądnięte wyniki Rtg płuc, przebieg choroby i równoczesna tularemia u członków rodziny, budzą zastrzeżenia co do słuszności postawionego wówczas rozpoznania. Na żadne więcej poszlaki przypadków śmiertelnych nie natrafiono.

Dotychczasowe przypadki tularemii, rozpoznane przed podjęciem prac przez Ekspedycję, były zakażeniami odzajęcymi. Na wstępie zaznaczono, jakie trudności nastręcza zbieranie wywiadu o chorobie dawniejszej i podkreślono, że na pewno w niejednym przypadku powodem choroby było bezpośrednie przejście zarazka z zająca, a tylko faktu tego nie powiodło się odsłonić i źródło zakażenia ostatecznie zostało niepoznane. Niemniej w pewnej ilości przypadków były wyraźne poszlaki w kierunku innych źródeł zakażenia, niż zając i innych dróg, niż bezpośrednia styczność z zającem. Z przypadków dodatnich u 74 osób = 70% (odsetki obliczone od przypadków objawowych, zbadanych klinicznie) zdobyto bardziej wyczerpujące dane. U 54 osób (50,9%) w wywiadzie był zając, u 9 osób (8,5%) zakażenie przez myszy było bardzo możliwe, u 4 osób (3,8%) należało podejrzewać kleszcze. U 4 osób (3,8%) zachodziła możliwość przeniesienia zakażenia przez świnie domową, w jednym wypadku przez dziką. W 2 przypadkach miejscem zakażenia były najprawdopodobniej łąki podmokłe w dwóch odległych od siebie powiatach.

W pierwszym przypadku wśród ciężkiego stanu ogólnego rozwinęła się u mężczyzny W. W., lat 30, postać wrzodząco-dymienicza. Owrzodzenie pierwotne umiejscowione było na stopie, dymienice w pachwinie. W lipcu

chory pracował boso na łąkach podmokłych. Pamięta, że w tym czasie miał otartą tę stopę od bucików, które zdejmował na łąkach. Na stopie była po tym widoczna zmiana tularemijna. Drugi przypadek dotyczy dziewczynki B. C., lat 13, która bawiła się w lecie na mokrych łąkach. Boso wchodziła na drzewa i zeskakiwała na rozmokłą ziemię. O chorobie przekonano się wkrótce, gdy dziewczynka poczęła kuleć z powodu bolesnych węzłów chłonnych w pachwinie. Niewiadomo, czy było owrzodzenie pierwotne. W tych dwóch przypadkach trudno jest wykluczyć zakażenie doskórne przez zakażoną wodę. Zwłaszcza w przypadku pierwszym, który się zdarzył w powiecie Stargard, na obszarach niskich, nawodnionych, można przypuszczać, że karczowniki były przyczyną zakażenia wody. Brak badań w tym kierunku nie ułatwia dochodzeń epidemiologicznych. Nie wykluczone, że w obu przypadkach chodzi o zakażenie przeniesione przez kleszcze lub innego stawonoga.

Są dwa pewniki: 1) zajęc był źródłem choroby w większości przypadków i 2) zajęc był źródłem choroby w większej ilości przypadków, niż to zostało ujawnione. Oprócz zajęcy kleszcze, owady i myszy, dzik i świnie domowe, ewentualnie i wodne gryzonie mogły przenieść zakażenie na ludzi.

Styczność z różnie zdobytymi zajęcami była powodem choroby:

- 1) zajęce normalnie upolowane,
- 2) zajęce kupione na targu,
- 3) zajęce najwidoczniej chore, złapane przez człowieka lub psa gospodarskiego,
- 4) zajęce z odstrzałów sanitarnych, wprowadzonych w woj. szczecińskim w r. 1952/53.
- 5) zajęce padłe, lub ich części znalezione podczas pracy w polu.
- 6) dostępne skóry zajęce.

Z wypadkami zakażeń odzających wiąże się głównie pojęcie tularemii jako choroby rodzinnej, co dawało się spostrzegać również i u chorych, o których tutaj jest mowa. Z przypadków badanych zdołano określić 71, należących do zachorowań rodzinnych; 44 przypadki były zachorowaniami pojedynczymi; pozostałe osoby są pod tym względem niewyjaśnione. Dla zobrazowania różnorodnych dróg zakażeń odzających, podkreślenia głównie grupowego charakteru zakażeń, z uwzględnieniem różnego pochodzenia zakażających zajęcy, przytoczę kilka opisów przypadków.

ad 1) W grudniu 1952 r. było polowanie na zajęce w pow. Chojna. Brało udział 30 osób. U mężczyzny J. N., lat 20, który naprowadził na historię tego polowania, w kilka dni od jego w nim udziału, który polegał na zbieraniu

i noszeniu zastrzelonych zajęcy, wybuchła choroba. Początek nagły, — dreszcze, gorączka 39°, obrzęk lewego oka. Przez tydzień przebywał w szpitalu. W lecie, po upływie pół roku, odczyn zleپny z pałeczką tularemii + 1:400. Stan kliniczny — węzły podszczękowe, lewostronne, macalne, twarde, niebolesne. Badanie żony, która nie miała nic wspólnego z zającami i polowaniem, wypadło ujemnie. Z towarzyszy polowania zbadano 3 mężczyzn. U jednego z nich A. K., lat 24, miano zleپne z pałeczką tularemii + 1:100. Czy chorował, nie pamięta.

Chory A. E., lat 28, z zawodu ślusarz, zamieszkały pow. Gryfice, należy do koła myśliwskiego. Z końcem stycznia 1952 r. był szereg razy na polowaniu. Przynosił do domu zające i sam je sprawiał. Żona przyrządzała do spożycia. Chorował 3 miesiące. Nie jest pewien, czy było owrzdzenie na palcu. Najbardziej dokuczliwą była ropiejąca dymienica pod lewą pachą, którą w szpitalu nacinano. Po upływie 1½ roku od zachorowania odczyn zleپny z pał. tularemii + 1:100. Widoczne były blizny pod lewą pachą i w okolicy lewego łokcia. Żona chorego nie chorowała i była serologicznie ujemna. Synek A. E., lat 10, który często ojcu pomagał przy ściąganiu skór zajęczych, nie chorował. Odczyn zleپny + 1:100.

ad) 2. Na przyjęciu podano pasztet z zającą kupionego na targu. U większości osób będących na przyjęciu tj. u 7, stwierdzono dodatnie odczyny zleپne. S. H., lat 24, przebieg durowy z wysoką gorączką, dreszczami, bólem głowy, przez 10 dni. Po tym stopniowe zdrowienie. M. J., lat 33, jadła pasztet i nie chorowała. R. U., lat 25, u której w domu zając był przyrządzany, nie chorowała. P. D., lat 6 jadła pasztet, leżała ciężko chora z podejrzeniem duru brzuszego w szpitalu, a po tym jeszcze w domu zanim powróciła do zdrowia. S. J., lat 28, jadła pasztet, leżała w szpitalu przeszło miesiąc wśród objawów durowych. Z. S., lat 21, uczestniczka przyjęcia, bez pewnego wywiadu, nie chorowała. Z. T., lat 21, przez tydzień bóle gardła, bóle głowy, dreszcze i wysoka gorączka. Zakażenie doustne w powyższych przypadkach spowodowało do 10 dni wybuch choroby. Typ anginowy i postać durowa o typie trzewno-jelitowym są następstwem przedostania się zarazka do przewodu pokarmowego. W wypadkach bezobjawowych zakażeń, możliwe, że mała ilość zarazków dostała się do organizmu, powodując jednak odczyn odpornościowy, który potwierdziło dodatnie miano odczynu zleپnego.

ad) 3. Przytaczając zachorowania w rodzinie O. pow. Nowogard, zależy mi na opisie wyjątkowo okazowego rodzinnego, odzającego, wybuchu choroby po złapaniu zającą w polach, co jest najczęstszym zjawiskiem epidemiologii tularemii w woj. szczecińskim. W rodzinie rolniczej 8 osobowej u 7 osób stwierdzono dodatni odczyn zleپny w kierunku tularemii. B. O., lat 45, którego wytypowano z historii choroby, w szpitalu na oddziale chirurgicznym przebywał dwukrotnie z powodu odnawiającego się ropnia okołotokciowego i pachowego, chorując od października 1952 r. do końca stycznia 1953 r. W lecie 1953 r. odczyn zleپny + 1:400. Przed zachorowaniem skaleczył się w palec ręki i w tym czasie żona przyniosła złapanego zającą, którego wspólnie rodzina sporządziła. Z 7 osób 4 nie podają żadnych objawów przebytej

choroby. Oprócz B. O. chorowali: Z. O. ,lat 13, wśród silnych bólów głowy, osłabienia, dreszczy i gorączki. L. O., lat 17, cierpiała na „guz pod pachą“ i z tego powodu przebywała tydzień w szpitalu na oddziale chirurgicznym. W 2 przypadkach z 3 objawowych przechorowań chodziło o wyraźne doskórne zakażenie i rozwinięcie się okazowych dymienic tularemii.

Podaję opis rodzinnej tularemii w pow. Kamień Pomorski jako przykład różnych wrót zakażenia przy odzajęcym zachorowaniu. Zakładam, że zając powodujący chorobę również został schwytany w polu.

M. B., lat 55, przypędził z pastwiska wraz z bydlęm zająca, zabił i oddał żonie do sporządzenia. Syn mył potem twarz w misce, w której płukano mięso zające. Na przestrzeni 4 dni wszyscy troje ciężko się rozchorowali. Nie miał kto zająć się chorymi, nie miał kto pracować przy gospodarstwie, a sąsiedzi unikali „zadżumionej chaty“. Początek u wszystkich nagły, z silnymi dreszczami, wysoką gorączką i dużym osłabieniem. U M. B. rozwinęła się postać anginowo-dymienicza, z martwiczymi szarymi nalotami na lewym migdałku wśród burzliwych objawów ogólnych. U żony J. B., lat 50, postać durowa, bez widocznych zmian zewnętrznych. Badana chora po 18 dniach od zachorowania, była jeszcze przymroczone, robiła wrażenie obłożnie chorej. Ciepłota powoli ,stopniowo opadała. U syna J. B., lat 17, stwierdzono postać oczno-dymieniczą lewostronną. Oprócz zajęcia węzłów chłonnych przedusznych przyszło do powstania dużej, twardej, bolesnej dymienicy podszczękowej. Stan ogólny był łżejszy niż u rodziców. Oprócz dodatniego odczynu złepnego wykonano u Jana B. i Józefy B. odczyny skórne z tularyną z wynikiem dodatnim. Były to pierwsze zachorowania na tularemię w tej wsi.

Aby się przekonać o słuszności zeznań sąsiadów chorych, poddano badaniu 42 osoby, tj. około połowy ludności wsi. Badanie kliniczne i serologiczne wypadło ujemnie.

Jeszcze jeden opis przytaczam z tej samej grupy zakażeń, gdyż zawiera pewne ciekawe szczegóły z klinicznego punktu widzenia. Opisuję chronologicznie losy rodziny, chociaż inna była chronologia dochodzeń tła dolegliwości M. B., wytypowanie której odkryło chorobę u pozostałych członków rodziny.

S. K., lat 28 zamieszkały w pow. Gryfice, w kwietniu 1953 r. zabił zająca na łące i przyniósł do domu. Przy ściąganiu skóry i ćwiartowaniu pokrważył sobie ręce. W 2 dni po tym rozchorował się nagle wśród objawów: gorączka do 41°, silne dreszcze, osłabienie, biegunka przez pierwsze 3 dni choroby. Gorączkował długo. Z powodu guza węzła chłonnego pod pachą przebywał 9 dni w szpitalu. U badanego po 4-ch miesiącach od zachorowania stwierdzało się pakiet węzłów chłonnych pod prawą pachą, pojedyncze macalne węzły pod lewą pachą. Od tego samego zająca w kwietniu zakaziła się teściowa M. B., lat 56. Wysoka gorączka i objawy żołądkowo-jelitowe przemawiały za typem trzewno-jelitowym, bez zmian uzewnętrzniionych. Nawrót, który nastąpił w lipcu ujawnił zajęcie obwodowych węzłów chłonnych i spowodował wielkie osłabienie, niedokrwistość i spadek wagi. Po miesiącu, od początku nawrotu, chora była bardzo osłabiona, ogólnie wyczerpana, błada; węzły chłonne pachowe lewostronne powiększone do wielkości śliwki. Badając wnu-

ka J. K., lat 4, który jadł zająca, był obecny w domu gdy zająca sporządzano, nie chorował i nie wiadomo, o ile miał styczność z zającem, znaleziono macalnie węzły pachowe, pachwinowe, i nadobojczykowe. Z punktu widzenia klinicznego ciekawy jest przebieg cięższy nawrotu u M. B. od przebiegu pierwszego okresu choroby, oraz bardzo późne zajęcie węzłów chłonnych obwodowych. Trudności przedstawiało ustalenie źródła zakażenia, czwartej i ostatniej osoby z rodziny, — S. K., lat 26. Zachorowała jeszcze w listopadzie 1952 r. Węzły chłonne pachowe i łokciowe były powiększone, ropiejące do marca 1953 r. i pozostawiające po sobie niewielkie blizny. Odczyn zlepnny z pał. tularemii należy najprawdopodobniej odnieść do tej sprawy chorobowej, której jednak brak jasnych podstaw epidemiologicznych. Badanie najbliższych sąsiadów wypadło ujemnie.

Zając może być złapany przez psy i dostarczony człowiekowi. K. M., lat 15, zamieszkała pow. Choszczno, leżała w szpitalu w lutym 1953 r. z powodu błonicy gardła. We wrześniu 1953 r. odczyn zlepnny w kierunku tularemii był $+ 1 : 100$. Oprócz niej, w rodzinie, odczyny serologiczne wypadły dodatnio u 2 osób i ujemnie u 2 pozostałych. Z końcem stycznia nagle zachorowała i stan gorączkowy wśród kształtującej się postaci anginowo-dymienicznej trwał 10 dni. W styczniu psy przyniosły zająca, którego do domu zabrali ojciec i brat. Ściągali skórę, nie zacięli się przy robocie, nie chorowali i w ich surowicach przeciwciał nie wykryto. Pozostałe czynności przy zającu wykonały matka H. M. i córka H. M. Obie chorowały (o córce powyżej). H. M. lat 44 leżała w domu przez 5 tygodni obłożnie chora z zamroczeniem i gorączką. Choroba nazywała się „ciężką grypą“. Po upływie przeszło 1/2 roku miano odczynu zlepnego wynosiło $1 : 400$. Chłopczyk 3 letni J. M. chorował również, podobnie jak H. M., na „błonicę“. Leżał w domu przez tydzień. Odczyn zlepnny wyjaśnił tło choroby. U psa nte zauważono objawów chorobowych; serologicznie nie badano.

ad) 4. W okresie odstrzałów sanitarnych zający w r. 1952/1953 lekarz weterynarii B. Z. w pow. Łobez dokonywał sekcji przyniesionych zający. Zające dostarczało koło myśliwskie. Lekarz przeprowadzał kilkakrotnie sekcje zawsze bez rękawiczek (!). Utrzymywał, że nie zaciął się. Pamiętał tylko nieznaczne, krótkotrwałe „niedomaganie grypowe“, z którym zgłosił się do lekarza. U badanego we wrześniu 1953 r. stwierdzono węzły chłonne w lewej pasze wielkości śliwki. Próba alergiczna dodatnia, odczyn zlepnny $+ 1 : 100$.

ad) 5. K. O., lat 27, zamieszkały w pow. Kamień Pomorski, podczas pracy przy drodze (wbijanie słupów elektrycznych) w styczniu 1952 r. znalazł w rowie zdechłego zająca i odrzucił go ręką. Początek choroby był nagły, wśród dreszczy, wysokiej gorączki, dużego osłabienia, bólu gardła, przez pierwsze dni. Chorował przeszło miesiąc. Naprzód utworzył się ropień około łokcia prawego, który otworzył się samoistnie i parokrotnie się zaostbrał w pobliżu miejsca pierwotnego, dając w wyniku rozległą bliznę. Później powstał pakiet węzłów chłonnych pachowych, które nie rozmiękły. Po upływie 1½ roku odczyn zlepnny był dodatni powyżej $1 : 100$. Badanie rodziny chorego

wypadło ujemnie. Tego rodzaju zakażenia odzające nie mają podstaw do powodowania grupowych, rodzinnych zachorowań.

ad) 6. J. B., lat 11, zamieszkała pow. Gryfino, leczyła się z powodu zapalenia gardła i węzłów chłonnych szyi. Przebieg choroby był lekki. Chora nie pamiętała, jak długo cierpienie się utrzymywało i czy była gorączka. Zażęte węzły chłonne nie ropiały. Po upływie przeszło roku odczyn zlepnny z pał. tularemii wypadł $+ 1:50$. Wywiad przeprowadzony z matką wyjaśnił przyczynę choroby. Przyniesiono do mieszkania skórkę zającą na kołnierz do płaszcza dla J. B. Dziewczynka przymierzała futro. Matka G. B. odebrała skórkę i schowała, aby dać ją wyprawić. Inni członkowie rodziny — pozostałe dzieci i mąż — nie byli przy tym obecni i ze skórą się nie zetknęli. Odczyn zlepnny u G. B. wypadł również $+ 1:50$, nie pamiętała aby chorowała. Pozostałe osoby w rodzinie nie chorowały i wynik badania krwi był ujemny.

W lecie 1953 r. rozchorowała się S. S., lat 15 zamieszkała pow. Nowogard. Był to typ kliniczny mieszany oczno-gardlano-dymieniczny. Odczyn zlepnny z pał. tularemii był $+ 1:1600$. Podczas pracy w polu znalazła kawałek ogona zającą.

O odzającej tularemii jako chorobie zawodowej mówi się w odniesieniu do myśliwych, do pracowników handlu dziczyzną i skupu skórek, kucharzy i przedstawicieli służby zootechnicznej. Przykładem myśliwych był chory A. F., grupy zootechnicznej chory B. Z., Podaję przykład zakażenia tularemią wśród kobiet, zatrudnionych w kuchni restauracji w pow. Pyrzyce. H. M., lat 24, chorowała od dawna na gruźlicze zapalenie węzłów chłonnych szyi. Wydaje się, że to rozpoznanie jest słuszne. Odczyn zlepnny z pał. tularemii $+ 1:100$ należy natomiast odnieść do zacięcia się podczas przygotowywania zajęcy w kuchni restauracji, które minęło bezobjawowo. W zimie 1952/1953 wiele zajęcy dostarczano do restauracji. Przebadano 10 kobiet pracujących w kuchni restauracji. 4 osoby z okresu, gdy H. M. była zatrudniona. U jednej z nich Z. S., lat 17, odczyn zlepnny był $1:25$, nie zacięła się i nie chorowała. U 6 osób, które przyszły do pracy później i nie miały do czynienia z zającami, odczyn zlepnny był ujemny.

Pomijając przyjęte poznane zasady roli kleszczy, jako jednego z ogniw epidemiologii tularemii, a biorąc pod uwagę wyniki badań ekspedycyjnych Lachmajerowej i Skrodzkiego (ref. na Konferencji tularemijnej, 1954, Gdańsk), mamy prawo obciążać kleszcze w woj. szczecińskim, jako źródło zakażeń człowieka. Wywiad odnoszący się do dawniej przebytej choroby jeszcze trudniej nawiązuje do styczności człowieka z kleszczami, niż z zającami. Wykluczenie częstszych i bardziej w pamięci pozostających podstaw zakażenia, jakimi są zające, oraz wydobyte w wywiadzie szczegółów naprowadzających na możliwość łączności z kleszczami, w końcu poznanie miejsca zamieszkania lub pracy np. w lesie, styczności z zakleszczonym bydłem itp., ułatwiają doj-

ście do źródła choroby. Uświadomienie ludzi w woj. szczecińskim o niebezpieczeństwie, jakie kryją w sobie zające, kleszcze i owady, umożliwiłoby im dokładniejsze zwrócenie uwagi na siebie. Przypuszczam, że więcej przypadków tularemii rozpoznanych retrospektywnie byłoby pochodzenia kleszczowego. Dla tej grupy zakażeń podaję kilka prawdopodobnych przykładów.

C. C., lat 16, zamieszkała w leśniczówce w pow. Nowogard, przechodziła przez duży las, codziennie, do zakładu pracy, położonego również w obrębie lasu. Często wyjmowała kleszcze z powiek. Z końcem marca 1953 r. chorowała na rzekome zapalenie przyusznic po stronie lewej. Obrzęk twarzy i nieznaczne niedomagania składały się na obraz chorobowy. Odczyn zlepnny + 1 : 50, po upływie pół roku. 3 inne osoby z rodziny C. C. nie chorowały; odczyn zlepnny w kierunku tularemii był ujemny.

W. C., lat 39, był instruktorem rolnym w południowo-zachodniej części pow. Kamień Pomorski, okolicy piaszczysto-lesistej, gdzie większość mieszkańców jest zatrudniona przy wyrębie lasów, w tartakach i przy innych czynnościach związanych z gospodarką drzewną. Chory mówił o bardzo dużej ilości kleszczy w gminie, w której mieszkał. Sam chorował w sierpniu 1952 r., lecząc się przez 2 tygodnie z powodu „jaglicy”. Gorączka była nie wysoka, osłabienie niewielkie. Badanie żony i dziecka 6 letniego wypadło ujemnie.

Na zakażenie pochodzenia kleszczowego lub w następstwie ukłucia innego krew ssącego owada, może wskazywać przypadek M. K., lat 34, pracownika rolnego w pow. Kamień Pomorski, u którego z końcem maja 1952 r. utworzyło się nagle bolesne owrzodzenie na gołeni lewej z odczynem węzłów chłonnych pachwinowych. Chory nosił niekiedy krótkie spodnie, pozostawiając odsłonięte łydki. Odczyn zlepnny po upływie 15 miesięcy był dodatni 1 : 25. Nie wykluczone, że zmiana pierwotna była umiejscowiona na innej, bardziej obwodowej części kończyny, a owrzodzenie na podudziu, będące przedmiotem leczenia, mogło powstać na przebiegu naczyń chłonnych, prowadzących od zmiany pierwotnej do nieznacznej dymienicy pachwinowej. Najbliższe rodzinne otoczenie chorego nie posiadało przeciwciał przeciwtularemijnych.

Trudno wykluczyć zakażenie przeniesione przez krew ssące owady u Z. S., lat 17, zamieszkałej w pow. Pyrzyce, która zachorowała we wrześniu 1952 r. na „wrzody twarzy” z bolesnym obrzękiem podszczękowym. Pracowała w tym czasie dużo w ogrodzie. Po roku miano zlepnne z zawiesiną tularemii było 1 : 100. Można przypuszczać, że wrotami zakażenia była skóra twarzy, zaatakowana przez owady. 3 inne osoby rodziny, ujemne.

Również wśród podobnych okoliczności mogło nastąpić zakażenie Z. C., lat 26, zamieszkałej w pow. Gryfice, która przebywała w szpitalu z powodu ropnia pachwiny lewej, w sierpniu 1952 r. Rozchorowała się podczas żniw, pracując przez cały sezon boso. Po upływie roku miano odczynu zlepnego było + 1 : 50. Członkowie rodziny nie poddali się badaniu.

H. Ł., lat 53, zamieszkał w pow. Pyrzyce, zachorowała z początkiem maja 1952 r. Na szyi wytworzył się duży bolesny guz, któremu towarzyszyły dresz-

cze i wysoka gorączka. Ropienie guza szyjnego trwało przez cały rok; blizny duże, zachodzące na okolicę podobojczykową, jeszcze wilgotne, stwierdzono po 1½ roku. Odczyn zleپny + 1:200. W szpitalu chora leżała przez 7 tygodni, gdzie dwukrotnie ropień przecinano. Po upływie 1½ roku od zachorowania chora jeszcze nie wróciła do zdrowia, skarżąc się na poty, osłabienie i dolegliwości sercowe. Zachorowanie nastąpiło wkrótce, gdy pasła kozy na pastwisku i pilnując je kładła się na trawie. W rodzinie nikt więcej nie chorował; badanie krwi ujemne.

Te i szereg podobnych przypadków, występujących pojedynczo, a nie rodzinnie, poza dwoma pierwszymi opisami, zamieszczam jednak w rubryce o niewiadomym źródle zakażenia, gdyż brak bliższych dowodów na zakażenie przez owady. Można tylko w osądzie epidemiologicznym bardziej w przytoczonych przypadkach skłonić się właśnie do takiego pochodzenia choroby. Przy niejasnym natomiast pochodzeniu zakażenia odnoszącego się naraz do kilku osób z rodziny, mając na względzie tego rodzaju zachorowania przede wszystkim odzające, wolno przypuszczać, że celowo lub nieświadomie sprawa zająca została ukryta.

W rozmowach, ludność wiejska woj. szczecińskiego mocno podkreśla ogromną ilość myszy polnych, jaką obserwowano między rokiem 1945—1947. Do chwili obecnej słyszy się jeszcze o dokuczliwej ilości myszy w południowych powiatach województwa, szczególnie w pow. Myślibórz i Pyrzyce. Od urzędowych czynników Służby Zdrowia wiadomo, że powiat Pyrzyce do roku 1952 posiadał największą plagę myszy polnych w stosunku do pozostałych powiatów województwa. Tam też w kilku przypadkach wstecznie rozpoznanej tularemii nasuwa się podejrzenie pośredniego zakażenia pochodzenia mysiego, z których kilka przypadków dla przykładu zamieszczam.

D. F., lat 55, zamieszkały w Myśliborzu, chorował w grudniu 1952 r. Przez tydzień leżał przymroczone, z dreszczami, wysoką gorączką i silnymi bólami kości. Na kaszel skarżył się po kilku dniach od zachorowania. Po tym bardzo wolno wracał do zdrowia. Leczony był na grypę. Po 1½ roku odczyn zleپny z pał. tularemii wynosił + 1:100. Chory był pracownikiem magazynu zbożowego, gdzie, jak twierdził, znajdowało się, w tym czasie dużo myszy. Postać choroby bez zmian uzewnętrznionych, przy dolegliwościach ze strony dróg oddechowych, nasuwała możliwość dostania się zarazków tularemii wraz z zakażonym powietrzem. Otoczenie rodzinne zbadano z wynikiem ujemnym. Następnie poddano badaniu 5 pracowników magazynu zbożowego, z którymi chory wspólnie pracował przed zachorowaniem. Nie chorowali: odczyny zleپne były ujemne. Fakt ten nie wyklucza jednak słuszności podejrzenia w stosunku do sposobu zakażenia chorego S. F.

Wśród podobnego obrazu chorobowego przebiegała tularemia u J. M., lat 19, zamieszkałej w pow. Choszczno, bardzo blisko granicy pow. pyrzy-

kiego. W ostatnim okresie przed zachorowaniem tj. przed lutym 1953 r. była zatrudniona wyłącznie przy młocce zboża w pow: Pyrzyce. Leżała w szpitalu przez 3 tygodnie, a w domu do 2 miesięcy. Przebieg choroby był durowy bez zmian uzewnętrzniionych, długotrwały. Rozpoznanie potwierdził odczyn zlepnny po upływie 8 miesięcy.

H. Ł., lat 27, zamieszkała pow. Chojna. Zachorowała w lutym w r. 1949. Wśród ogólnych objawów grypowych utworzył się ropień pod pachą prawą. Od tego czasu nawroty ropienia węzłów chłonnych pachowych, prawostronnych, a od lutego 1953 r. węzłów chłonnych pachwinowych, prawostronnych, męczyły chorą do lipca 1953 r. Gdy badano chorą we wrześniu 1953 r., po stwierdzeniu dodatniego odczynu w kierunku tularemii 1:200, z nie zagojonych przetok pachowych i pachwinowych, obecnych między grubymi bliznami, wydzielaly się jeszcze ślady treści ropnej. Chora była biała, osłabiona kilkoletnim cierpieniem. Dwoje dzieci i mąż zdrowi, nie chorowali; w ich krwi brak było przeciwciał. Jedynym szczegółem godnym uwagi w zebranych wywiadzie było to, że do spiżarni, do kredensu, dostawały się myszy. Zdarzało się, że chora znajdowała nadgryziony chleb, torbę z cukrem itp. Na podwórzu zaś spotykała w tym czasie liczne szczury.

W jednym przypadku, dotyczącym chorego J. P., lat 25, zakażenie nastąpiło przez bezpośrednią styczność z zabitym sprawianym dzikiem, w okolicy Kalisza Pomorskiego w woj. koszalińskim. Choroba zaczęła się w czerwcu 1952 r. i rozwinęła się w typ oczno-dymienicznej tularemii. Chory przebywał w szpitalu przez 2 miesiące. Ropienie węzłów chłonnych przedusznych i podszczękowych było znacznego stopnia i trwało do października 1952 r. W styczniu 1953 r. będąc już w domu, dostał nawrotu. Ponownie obrzękły węzły chłonne szyjne, ale nie rozmiękły, tylko cofnęły się po upływie 3 tygodni. We wrześniu 1953 r. odczyn zlepnny z pał. tularemii był jeszcze + 1:800. Przypadek ten jest ważny i dlatego, że zakażenie nastąpiło na obszarze woj. koszalińskiego. Nie jestem pierwszą, która sygnalizuje tam tularemie. R o z o w s k i wcześniej rozpoznał jeden przypadek, pochodzący z woj. koszalińskiego.

Spostrzeżenia epidemiologiczne, zebrane przed pracami podjętymi przez Ekspedycję, mówiły o wypadku tularemii u świń w obrębie odzającego ogniska u ludzi (R o z o w s k i). Nie ulegając jednak wpływowi powyższego wypadku, ani danych znanych z piśmiennictwa obcego, w badaniach natknięto się również na możliwości zakażeń ludzi od świń, na co kilkakrotnie wywiad naprowadzał. Do tego rodzaju przypadków zaliczano między innymi następujący.

M. U., lat 41, zamieszkała w pow. Nowogard, w sierpniu 1952 r. chorowała na różycę (?). Z zadraśniętym poprzednio palcem pomagała przy zabiciu chorej świni. Trudno doszukać się innego powiązania przyczynowego z odczynem zlepnym tularemijnym 1:100, stwierdzonym po roku.

B. M., lat 35, była zatrudniona przy chorych świniami, z których jedną dobijano. Nie ma w wywiadzie ani danych, mówiących za tularemią, ani za różycą. Odczyn zlepnym wypadł 1 : 200. Mąż jej i syn, którzy byli obecni przy zabijaniu świni, nie pamiętali zranienia i nie chorowali; mają odczyn zlepnym ujemny.

Pozostaje znaczna grupa przypadków, których źródło jest zupełnie niewiadome. Można wykluczyć bezpośrednio zakażenie od zająca, trudno wykluczyć z całą pewnością przeniesienie zakażenia przez owady. Szereg spostrzeżeń wskazuje, że najprawdopodobniej mogło mieć miejsce zakażenie pośrednie, które ułatwia rodzaj wykonywanej pracy. Są to przypadki na ogół występujące pojedynczo, a nie grupowo, natomiast, zwracają uwagę na zawód danego osobnika. Można zauważyć, że w tym zawodzie, choćby w innej miejscowości, choroba się powtórzy. Badania niniejsze nie były prowadzone po linii zawodowej (ten kierunek badań został obrany przez Dr Kicińską), zdobyte spostrzeżenia więc są raczej przypadkowe i oparte na skąpym materiale, są jednak zastanawiające i dlatego nie można ich pominąć. Zawód ślusarza, stelmacha i traktorzysty we wsi, wydaje się, uprzywilejowanym dla tego typu zakażeń. U ludzi tych, często ranionych w ręce, palce, dłonie, przy pracy, przychodziło do zakażenia tularemią, wśród zupełnie nieokreślonych okoliczności.

Do takich przypadków należy J. F., lat 30, ślusarz w PGR, w pow. Chojna. W lutym 1952 r. nagle zachorował i wśród ostrych objawów ogólnych został umieszczony w szpitalu, gdzie pozostawał przez 2 miesiące. Leczonego na gruźlicze zapalenie węzłów chłonnych szyjnych. Ropiejące pakiety węzłów chłonnych dwukrotnie nacinano. Po 19 miesiącach trwał jeszcze nieznaczny wyciek ropny z przetok węzłów szyjnych i chory czuł się osłabiony, niezdolny do przedchorobowych wysiłków. Odczyn zlepnym + 1 : 100. Rodzina, tj. żona i dwoje dzieci nie chorowały; odczyn zlepnym ujemny. Z otoczenia ściśle zawodowego zbadano 5 osób z wynikiem ujemnym.

A. Z., lat 28, stelmach w pow. Gryfice, zachorował w lutym 1952 r. Przez miesiąc utrzymywał się ropień okołółokciowy, przez tydzień zapalenie węzłów chłonnych pachowych. Stan ogólny nie uległ silnemu zaburzeniu. Po 1½ roku odczyn zlepnym powyżej 1 : 50 (ostateczne miano nie określone). Żona nie chorowała, odczyn zlepnym ujemny. Przypadek ten z punktu widzenia zawodowego zakażenia ma mniejszą o tyle wagę, że w tym majątku wśród ludzi badanych masowo, wykazano wysoki odsetek zakażonych i były dowody na przebyte zakażenia u wszystkich zawodowych grup pracowników rolnych (Kicińska — relacja ustna).

S. B., lat 30, traktorzysta w pow. Stargard, w lutym 1953 r. przebył ostrą chorobę gorączkową z zapaleniem nerek. Gorączka wysoka utrzymy-

wała się przez 2 tygodnie po czym długo czuł się osłabiony. Po 1½ roku odczyn zlepný z pałeczką tularemii był + 1 : 400, wyczuwalny węzeł chłonny podszczękowy, na ucisk bolesny. Nie był to odosobniony wypadek w tym środowisku wśród traktorzystów względnie pracowników POM-u.

Bardziej określone były okoliczności zakażenia u traktorzysty J. S., lat 17, z pow. Kamień Pomorski. W maju 1953 r. chorował przez miesiąc na zapalenie oka i przyusznicy. Do choroby miało przyjść po 2-ch dniach od zatarcia oka nawozem. Po 5-ciu miesiącach od zachorowania stan chorego był zupełnie poprawny. Odczyn zlepný z pał. tularemii + 1 : 100, wyjaśnił tło choroby.

Z określonych stałych zawodów spotkano tularemię u pracowników mleczarni, zlewni mleka. Ludzie ci wyjeżdżali także do obór na wieś po odbiór mleka w baniach. Kontakt z nawozem, słomą itp. poprzez uszkodzony naskórek rąk przy dźwiganiu bań, czy dostęp myszy i szczurów do pomieszczeń zlewni mleka — przychodzą na myśl przy epidemiologicznym dociekaníu pochodzenia choroby.

W lipcu 1952 r., E. M., lat 30, zamieszkały Gryfice, chorował przez 2 tygodnie na „grypę“, po której leczył się z powodu zapalenia węzłów chłonnych pachowych. Po roku odczyn zlepný wypadł dodatnio powyżej 1 : 50 (ostateczne miano nie określone). Trzy osoby z rodziny zbadano z wynikiem ujemnym.

Gdyby można dopatrywać się zakażenia poprzez mleko, od zakażonych tularemią krów, a pozornie zdrowych, to możnaby taką przyczyną wytłumaczyć tularemię u L. F., lat 18, z pow. Chojna. Była jedyną osobą w domu, która chorowała i jedyną, która przez cały październik 1952 r. piła surowe mleko od tej samej krowy. Od początku listopada 1952 r. do lipca 1953 r. cierpiała z powodu obrzęku i ropienia węzłów chłonnych szyi. Po krótkotrwałej poprawie następowało znowu zaostrzenie choroby. W 10 miesięcy od zachorowania zmiany sztywne były wygojone. Odczyn zlepný 1 : 100, odrzucił dotychczasowe rozpoznanie gruźlicy.

W grupie tych epidemiologicznie niejasnych przypadków, a w większości dość charakterystycznie pod względem zawodowym się wyodrębniających, mieści się również przypadek o mniej częstych, mniej banalnych objawach klinicznych.

Chory M. M., lat 23, pracownik rolny w pow. Łobez, był leczony w maju 1953 r. z powodu zapalenia dziąseł i węzłów chłonnych podszczękowych. Duże osłabienie zmusiło chorego do leżenia około tygodnia. Krowy w tym czasie na przyszczyce nie chorowały. Rodzina była zdrowa i nie pozwoliła się zbadać.

Z różnym zbiornikiem zarazka, z różnymi drogami na jakich dochodzi do zakażenia, łączy się fakt rozszerzenia się kręgu ludzi narażonych na tularemię. Nie chodzi tylko o tych, którzy z amatorstwa lub zawodowo trudnią się myśliwstwem i oni sami i ich rodziny zakażają się od zajęcy. Materiał zebrany jest wyłącznie

materiałem wiejskim. Ludność wiejska jako taka, przez swoje warunki życia i pracy jest narażona na tularemię. Trudno jest określić dokładnie tularemię jako chorobę zawodową, choć na pewne zawody zwrócono szczególniejszą uwagę, ale wolno powiedzieć, że każdy pracownik rolny życiowo lub zawodowo jest narażony; postawienie granicy jest niemożliwe.

W następstwie otrzymanych wyników i spostrzeżeń określałem tularemię w woj. szczecińskim przede wszystkim jako chorobę mieszkańców wsi. Gdy mowa o jej zawodowej stronie wolno wymienić: 1) osoby zawodowo stykające się z zającami i 2) pracowników rolni.

Typowanie objęło chorych, jak to zostało zaznaczone, którzy zgłaszali się o pomoc lekarską pomiędzy połową 1951 a połową 1953 r. W historiach chorób szpitalnych można było czasem odczytać wzmianki o tym, jak długo trwa dane cierpienie, ale w kartach ośrodków zdrowia wyjątkowo tego rodzaju zapiski się znajdowały. Poznając chorych przy odwiedzaniu ich następnie w domach, przekonano się, że odnośnie kilku chorych, znaleziono notatki o ich dolegliwościach, dotyczących nawrotu dawno już przedtem wybuchłej choroby. Dzięki więc uchwyceniu dokumentacji chorobowej pierwszego, lub dalszego z kolei nawrotu, udało się dojść do właściwego rozpoznania. Te przypadki ujawniły inny, bardzo ciekawy szczegół epidemiologiczny.

W pow. Nowogard spotkano chorego M. T., lat 24, u którego choroba rozpoczęła się w lutym 1947 r. Powtarzające się nawroty przy typie dymienicznym, ropiejącym, męczyły chorego do lata 1953 r. Odczyn zlepekny po 6 latach + 1 : 400. Węzły chłonne jeszcze nie wygojone. Okazało się na podstawie opowiadania mieszkańców tej wioski, że w r. 1947 i przedtem więcej osób podobnie chorowało. Przebadano pewną ilość osób wskazanych — nie wszystkie, i przekonano się, że u trzech chorobą nierozpoznaną była także tularemia.

W. M., lat 26, zachorowała w lutym 1947 r. Odtworzenie zeznań chorej dało obraz oczno-dymienicznej tularemii, trwającej wśród dreszczy, gorączki i dużego osłabienia do końca maja 1947 r. Pozostałe blizny świadczyły o ropieniu dymienic. Odczyn zlepekny po upływie $6\frac{1}{2}$ lat + 1 : 200. Jej matka A. K., lat 62, chorowała od listopada 1946 r.; wśród burzliwego stanu ogólnego utworzyła się dymienica w pasze prawej. Przez miesiąc leżała obłożnie chora. Blizna pod pachą była dowodem ropienia węzłów. Odczyn zlepekny + 1 : 100.

E. K., lat 36, utrzymywał, że zaraz po osiedleniu się w październiku 1945 r. ciężko się rozchorował. Przypuszczał, że chorował na dur, gdyż przez miesiąc był przymroczonej i wysoko gorączkował; odczyn zlepekny w kierunku

tulareмии + 1:400. Wszyscy ci ludzie z przejęciem opowiadali o chorobie, która ich wioskę i sąsiednie trapiła (sąsiednie wsi nie zbadane) i która, ze szczegółami, w ich pamięci utkwiała. Mówili, że w tym czasie często łapali zające, oraz, że, ilość myszy polnych była ogromna.

Na prawdopodobieństwo tulareмии w r. 1947 natknięto się w pow. Stargard. Z całą pewnością stwierdzono tularemię w r. 1948 w pow. Gryfino, w r. 1949 w pow. Chojna. Mała liczba przypadków z tych czasów nie świadczy o tym, że ich było niewiele. Nie szukano ich. Zostały ujawnione szczęśliwym zbiegiem okoliczności. Poszukiwanie chorych z tych lat natrafiłoby na trudności zasadnicze. Wybuch choroby w latach 1946—1947, a nie wykluczone, że w r. 1945 — przypadał na okres osiedlania ziem odzyskanych i organizowania ośrodków leczenia. Z opowiadania tych ludzi dowiadujemy się, jak leczyli się sami. Dokumentacji z tych lat nie posiadamy, albo znikomą, niedokładną, nieuporządkowaną.

Podaję u ilu ozdowieńców ustalono początek choroby i na jakie lata przypadał:

1945 — 1 (?), 1946 — 1, 1947 — 2 + 1 (?), 1948 — 1, 1949 — 2, 1950 — 0, 1951 — 7, 1952 — 51, 1953 — 37, niewiedomo — 76.

Z porami roku wiążą znawcy tulareмии nasilenie lub zmniejszenie się jej występowania, uzależniając te wahania od różnic, zachodzących w biotopowym zbiorniku zarazka. Zakażenia odzające osiągać liczbę szczytową z końcem jesieni i w zimie; zakażenia, w których gryzonie polne odgrywają rolę zasadniczą są najmniej liczne w miesiącach wczesnej wiosny, nasilają się w lecie, z początkiem jesieni, — zakażeniom, których źródła należy dopatrywać się w owadach, będzie najbardziej sprzyjał koniec wiosny i lato. Rozmieszczenie zachorowań w poszczególnych porach roku dla tych przypadków, gdzie czas ten w ogóle udało się określić na podstawie dokumentacji lekarskiej i wywiadu z ozdowieńcem, przedstawia się następująco: wiosna — 32, lato — 25, jesień — 18, zima — 31. Liczby zachorowań z wiosny i zimy pokrywają się mniej więcej i są najwyższe. Najmniej było zachorowań w jesieni.

Badania przeprowadzone ujawniły, że tularemią objęte są wszystkie powiaty woj. szczecińskiego. (Ryc. na str 240).

Przy opracowywaniu poszczególnych powiatów uderzyły pewne różnice, które dotyczą:

1) Rozmieszczenia ognisk. Są powiaty, gdzie w postaci wysp koncentrują się ogniska, pozostawiając dalej raczej wolne prze-

strzenie. Nie można przyjmować pojęcia absolutnie wolne, za mało bowiem jest zbadanych ludzi na tego rodzaju twierdzenie. Do względnie wolnych przestrzeni w naszych badaniach należą np. okolice Barlinka i Pełczyc w pow. Myślibórz, okolice Goleniowa w pow. Nowogard, zachodnia część pow. Stargard i miasto Stargard. Wymieniono najbardziej uderzające przestrzenie.

2) Nasilenie przypadków różne, oceniane w odsetkach w stosunku do:

- a) ilości wytypowanych osób, z tym, że ilość typowanych osób w większości powiatów winnaby być większa i tym samym ilość bezwzględna przypadków byłaby odpowiednio wyższa;
- b) ilości typowanych osób i ich otoczenia, z tym, że otoczenie zawodowe było badane wyjątkowo, w szczupłej ilości, a otoczenie rodzinne również nie w każdym przypadku.

Różnice te można odczytać w wykazie tabl. I.

3) Przegląd symptomatologiczny przypadków, uwzględniający ciężkość i długotrwałość choroby oraz odsetek bezobjawowych przechorowań, względnie tak mało objawowych i lekkich, że zatarły się w pamięci ozdrowieńców — wskazał na różnice i pod tym względem. Choszczno jest tym powiatem, gdzie były najłżejsze i krótko trwające zachorowania, równocześnie ich liczba odsetkowa znaczna. Ciekawe jest to, że na tym właśnie terenie oraz w powiecie Chojna uderzające było pojawienie się niskich mian zlepných, około 1 : 20, poniżej 1 : 25. Osoby, u których tylko znajdowano tego rodzaju miana, a które nie były w bezpośrednim otoczeniu przypadku pewnego, względnie nie miały charakterystycznej przeszłości chorobowej, usunięto jako wątpliwe ze statystyki — ale, dlaczego nie przyjąć za dodatnie osób, które z takim mianem były w otoczeniu przypadku pewnego, dodatniego i z wyraźną historią choroby? Jak odnieść się do tego rodzaju mian w środowisku osób o bardzo nikłej, nieuchwytniej przeszłości chorobowej, lecz na obszarze, gdzie była i jest pewna tularemia? Czy tu chodzi o różnice zjadliwości szczepu w zależności od warunków klimatycznych, różnic glebowych i biotopowych, czy o dłuższe już przebywanie zarazka na tym odcinku województwa, niż w północnych jego powiatach? Oto tylko niektóre z pytań, których wiele na ten temat się nasuwa.

4) Istnienie poszlaków na zakażenia pośrednie, pochodzące od myszy, przede wszystkim w powiatach południowych. (Poprzednio omówione).

Wnioski z przeprowadzonych badań, stanowiące odpowiedź na pytania postawione na wstępie, można sformułować następująco:

1) Tularemia istniała w woj. szczecińskim przed listopadem 1952 r. Są dowody, że chorowali na nią ludzie już w jesieni 1946 r., i nie wykluczone w 1945 r.

2) Liczba ustalonych retrospektywnie przypadków — 179, jest tylko częścią przypadków, jakie się zdarzyły i zostały nierozpoznane. Liczba ta odnosi się przede wszystkim do okresu od połowy 1951 do 1953 r. Z lat poprzednich tylko kilka przypadków rozpoznano, ale poszukiwania za nimi nie były czynione. Najprawdopodobniej w latach 1951 do 1953 — w okresie sprawozdawczym, przy padła fala nasilenia tularemii.

3) Tularemia objęła wszystkie powiaty województwa, z tym, że różnice w zagęszczeniu ognisk nie są szczególnie uderzające. Przestrzenie względnie wolne od zarazy w pow. Stargard, Myslibórz i Nowogard są niewielkie i bez znaczenia w ogólnej ocenie epidemiologicznej terenu. Stwierdzono, że w jednym przypadku zakażenie nastąpiło w woj. koszalińskim.

4) Tularemia przebiegała klinicznie wielopostaciowo. Typ dymieniczny był najczęstszy, typ oczno-dymieniczny i typ anginowodymieniczny nie były rzadkie. Zmianę pierwotną w typie dymienicznym było bardzo trudno ustalić. Przypadków śmiertelnych nie stwierdzono. Zdrowienie było długotrwałe, przewlekające się przez zaostrenie i ropienie dymienic. Pewna ilość ludzi przechorowała bezobjawowo. Najłżejszy przebieg tularemii spostrzegano w pow. Choszczno. Ogólnie można ocenić charakter choroby za nie ciężki.

5) Zając był naczelnym i najłatwiej uchwytym, lecz nie jedynym źródłem zakażeń. Zostały omówione rozważania nad innymi źródłami choroby: kleszcze, owady, myszy, dziki, świnie.

6) Tularemia dotyczy ludności wiejskiej. W zebranych materiale chorych nie ma mieszkańców miast. Zaznacza się jednak, że badania w Szczecinie — miasto, były niedostateczne. Warunki życia i pracy we wsi stwarzają możliwości zakażeń na obszarze woj. szczecińskiego.

PIŚMIENNICTWO:

1. Abramowicz J.: Podr. Okulist., Warszawa, 1947. 2. Aleksandrowicz J.: Hematologia Ch. Zakaźnych., Warszawa, 1951. 3. Chodźko W.: Lekarz Pol., 1937, 7—8, (159), 4. Gelber J.: Ped. Pol., 1953, 7, (699).
5. Geldner M.: Pol. Tyg. Lek., 1950, 7, (266), 9, (345), 6. Hoppe R.: Wiad. Wet. XV, 1936, (433), 7. Jakóbkiewicz J.: Warsz. Czas. Lek. 1938, 19—20 (377), Med. 1938, 10, (428), 8. Kacprzak M., Karwacki W., Malinowski: Ch. Zak., Warszawa, 1937., 9. Kassur B.: Pol. Arch. Med. Wewn., 1951, 3, (374), 10. Kassur B., Naróg F.: Kl. Oczna, 1951, 1—2, (73), 11. Kicińska A., Kostrzewski J., Łęczycka A.: Przegl. Epid. 1954, I (31), 12. Markowicz J., Rozowski T., Świerczewski S.: Prz. Epid. 1953, 3, (163), 13. Parnas J.: „Antropozoonozy — choroby odzwierzęce człowieka“ w druku, 14. Pieniążek J., Serafimowicz, Kasprzak: Przegl. Lek. 1951, 13—14, 15. Rafałowicz A.: Pol. Tyg. Lek. 1954, 6, (177), 16. Simm K.: Przegl. Lek., 1949, 5/15, 16, (465), 17. Sojka J., Rozowski T., Markowicz J.: Pol. Tyg. Lek. 1954, 6, (165) 18. Tempka T.: Choroby układu krwiotwórczego, Warszawa, 1951, 19. Zembrzusi K.: Przegl. Epid., 1954, I (31), 20. Zwierz J., Niewiadomska Z.: Streszcz. ref. XI Zjazdu Mikrob. Polsk. Kraków, 1951.

Р Е З Ю М Е

Институт Морской и Тропикальной Медицины, Государственный Институт Гигиены и Институт Медицины Труда и Деревни совместно в 1953 году, в воеводстве Щецинском, сорганизовали научную экспедицию для исследования проблемы туляремии. Эпидемиологические исследования производили: из Государственного Института Гигиены Кицинская из Института Медицины Труда и Деревни Высоцкая. В настоящем отчете автор обсуждает результаты собственных исследований, взятых исключительно ретроспективно. Поставлена была задача, опираясь на медицинскую документацию в госпиталях и центрах здравоохранения, определить площадь охвата и силу туляремии в 1951—1953 годах в окрестностях Щецина а также сообщить под каким клиническим видом и с какими последствиями происходило течение болезни. Настоящий отчет составляет дополнение предыдущих научных исследований Розовского, установившего впервые в 1952 году туляремию в воеводстве Щецинском. До нашей экспедиции дал он безошибочный диагноз в 70-ти случаях в нескольких уездах воеводства.

Автор вкратце излагает свои выводы в следующих пунктах:

1. Туляремией болело население в воеводстве Щецинском с 1946

года, а возможно, что даже с 1945. 2. Ретроспективно подтверждено 179 случаев заболеваний. Число это составляет только часть случаев в указанной местности, без верного диагноза. 3. Туляремию встречаем во всех уездах воеводства Щецинского. Пространства более или менее незанятые инфекцией небольшие и не имеют значения в общей эпидемиологической оценке местности. 4. Процесс течения туляремии был многообразен. Чаще всего встречалась туляремия типа воспаления лимфатических узлов (бубоны). Смертных исходов не было. Реконвалесценция была продолжительной, затягивающейся и обостряющейся гноением лимфатических узлов. Общая оценка характера болезни: болезнь не тяжелая. 5. Главным, но не исключительным источником заражения был заяц. Были рассмотрены и иные источники болезни: клещи, насекомые, мыши, дикие и домашние свиньи. Туляремией болели преимущественно жители деревни. Условия жизни и труда в воеводстве Щецинском создают возможность заражения в этом районе.

SUMMARY

In 1953 there was organized by the Institute of Maritime and Tropical Medicine, the State Institute of Hygiene and the Institute of Medicine of Rural Labour on the terrains of the Szczecin district an expedition for studies on tularemia. Epidemiological studies were conducted by: H. Kicińska from the State Institute of Hygiene and F. Wysocka from the Institute of Medicine of Rural Labour. In the present paper the authoress discusses results of her own studies presented particularly retrospectively. The aim of the work was to determine, on the basis of medical documentation in hospitals and centres of health, the distribution and intensity of tularemia in the years 1951—1953 in the Szczecin district, and to report what was the clinical form of the disease and what were its consequences. The work is supplementary to earlier studies conducted by T. Rozowski, who reported in 1952 for the first time tularemia in the Szczecin district and who diagnosed in the time previous to the expedition 70 cases of tularemia in several areas of the district.

The authoress summarizes her results in the following points:

- 1) The population in the Szczecin district has suffered from tularemia since 1946 and it cannot be excluded, that it suffered from it in 1945 too.
- 2) The number of patients was retrospectively determined to be 179 cases. This number includes a part of cases, which occurred on the terrains and were not diagnosed.
- 3) All areas of the Szczecin district were invaded by the disease. Areas relatively free from the disease were not large and without any influence on the general epidemiological analysis of the terrain.
- 4) The course of tularemia was polymorphic. The most common was the bubo type; there were no fatal cases. The convalescence period was long, prolonged by exacerbation and suppuration of the lymph nodes. In general, the character of the disease was estimated as being not severe.
- 5) The hare was the principal, although not

the sole source of infection. Other possible sources of infection were taken into consideration: ticks, insects, mice, wild boars and pigs. 6) Rural population suffered from tularemia. Living and working conditions create possibilities of infection on the terrains of the Szczecin district.