

tična sraštenja nastaju polaganije i često s jasnim pojavama upale. U nejasnim slučajevima valja svakako na vrijeme izvršiti pokusnu punkciju, te u slučaju hemoragije treba po mogućnosti potpuno evakuirati pleuralnu duplju.

Rekli smo, da je veće krvarenje iz trokarovog uboda rijetka pojava. Mi smo je — na skoro šest stotina zahvata, doživjeli samo jedamput, što čini manje od 0,2% svih torakoskopija.

Upotrebljena literatura:

Coulaud: Revue tbc, 1935. — Deist po ref. iz Revue tbc, 1934. — Dujmušić: Beiträge z. Klinik d. Tbc, 100. — Rad Hrv. akad., 278. — Acta medico-biol. croat., 1945. — Kremer: iz Hein-Kremer-Schmidt: Kollapstherapie. — Maendl: Beiträge, 66. — Maurer: Beiträge, 69.

Iz lječilišta Središnjeg zavoda za socijalno osiguranje »Brestovac«
ravnatelj: Prim. Dr. Stanko Dujmušić.

DR. ZVONIMIR GÜNSBERGER,

šef liječnik sanatorija »Knez-selo«, sada na dužnosti u lječilištu »Brestovac«.

O POGREŠKAMA PRI IZBORU BOLESNIKA ZA SANATORIJSKO LIJEČENJE

Problem, kojim ćemo se ovdje pozabaviti, datira upravo od onog dana, kad je pedesetih godina prošloga stoljeća Herman Brehmer u Görbersdorfu otvorio prvi sanatorij za tuberkulozu. Tim se danom postavlja pitanje izbora bolesnika podesnih za sanatorijsko liječenje u prvi plan.

Saobrazno tadašnjem stanju nauke o dijagnostici i terapiji plućne tuberkuloze, dolazili su u Brehmerovo liječilište, a i u Falkenstein, liječilište ranijeg Brehmerovog asistenta Dettweilera, bolesnici s lakšim nalazima, tako da je broj »izliječenja« bio vrlo velik. Samim tim su se te ustanove popularizirale; posljedica toga bila je, da je nastupio period druge krajnosti t. j. da su mase teških i najtežih ftizičara nagrnule u ta liječilišta. Kako je tada bilo uvedeno samo klimatsko i higijensko-dijetetsko liječenje, to je nastupio katastrofalan obrat u statistikama, jer se tim najtežim bolesnicima tadanjim terapijskim umijećem nije moglo pomoći. Sanatoriji su bili prisiljeni, da iz toga povuku jedinu moguću konzekvenciju, t. j. da sprovode strogi izbor slučajeva podesnih za sanatorijsko liječenje ili drugačije rečeno, da se brane od pravih bolesnika.

Socijalna osiguranja u državama Srednje Evrope, kao ustanove, koje snose i rizik invaliditeta, pritisnute teretom plaćanja renti invalidima od tuberkuloze rano spoznaju značenje sanatorija u liječenju i suzbijanju tuberkuloze podižu stalno veći broj lječilišta, kako bi smanjile broj invalida od tuberkuloze, ali istovremeno postavljaju pitanje rentabilnosti sanatorija. Prema tadašnjem stanju nauke ustanovili su stručnjaci, da sanatorij socijalnog osiguranja može biti rentabilan samo onda, ako se 60% bolesnika sanatorija može potpuno osposobiti za rad unutar roka liječenja od 3 mjeseca.

Prevedeno na jezik današnjice to znači, da se u sanatorij mogu slati samo oni bolesnici, koji boluju od tuberkuloznih oboljenja iz grupe t. zv. »ranog infiltrata«, bez raspada tkiva, ili pak fibrozne forme oboljenja iz grupe tbc. fibroza densa, tbc. fibroza diffusa i t. d. Kako je pak za svaku formu plućne tuberkuloze, koja je kombinirana s raspadom tkiva i liječenje od 6 mjeseci prekratko, to nije bilo rentabilno, u smislu osiguranja, liječiti takove oblike.

Prema gornjem zahtjevu rentabilnosti postavljaju se kao uslovi za prijem u sanatorij 1). afebrilnost, 2). unilateralnost ili bilateralnost procesa sa neznatnom infiltracijom, ali sve skupa ograničeno na apikalnu regiju, a bez raspada tkiva, bez sklonosti krvarenju i bez komplikacija sa strane grla, crijeva, srednjeg uha te uz dobro opće stanje i t. d., sve kako su to tražile i druge komercijalno postavljene ustanove, kao mineralne banje i klimatska mjesta.

Analizirajući gore navedene uslove nameće nam se zaključak, da je ogromna većina »stanovnika« sanatorija bila bez aktivnog plućnog nalaza.

Ako sada postavimo pitanje, da li su sanatoriji, koji su bili rukovođeni principom rentabiliteta, ispunili i svoju socijalno medicinsku misiju, to ćemo dobiti negativan odgovor. Jasno je, da samo bolesnik sa aktivnom plućnom tuberkulozom treba liječenja, a pogotovo onda, ako je bolest komplicirana sa raspadom tkiva, jer je taj opasan i po svoju okolinu kao izvor zaraze, a baš su ti bolesnici bili isključeni iz sanatorijskog liječenja.

Naglim razvitkom prirodnih nauka koncem prošlog i početkom ovog stoljeća, uvođenjem rentgenskih zraka u plućnu dijagnostiku i kolapsoterapeutskih zahvata u liječenje tuberkuloze, proširuje se krug indikacija za sanatorijsko liječenje i na kavernozne forme, tako te danas općenito vrijedi pravilo, da u lječilište treba uputiti svaki slučaj aktivne plućne tuberkuloze, koji imade izgleda, da za vrijeme liječenja u lječilištu bude izliječen ili da mu se — za dulji rok — vrati radna sposobnost.

To je pravilo, odnosno teorija. Da vidimo kako je to primijenjeno u praksi.

Na konferenciji ftizeologa našeg socijalnog osiguranja 1938. god. iznio je Samaržija u svom iscrpnom referatu: »Uloga lječilišta u antituberkuloznoj borbi našeg radničkog osiguranja s naročitim obzirom na ranu dijagnostiku i na izbor bolesnika, podesnih za liječenje u lječilištu,« vrlo interesantnu statistiku lječilišta »Klenovnik«, u periodu od 1928. do 1937. g., o broju zdravih lica, kao i o broju neizlječivih bolesnika, upućenih u sanatorij Klenovnik.

U tom periodu vremena upućeno je u sanatorij Klenovnik zdravih 1.198 (14,8%), a neizlječivih 714 (8,82%), t. j. sviju nepodesnih 1.912 (23,62%).

Pod rubrikom plućno zdravih uračunati su bolesnici s dijagnozom *complexus primaris obsoletus*, *pleuritis adhaesiva*, *bronchitis* i 50% iz grupe *tbc. abortiva*. Neizlječivi — dešperatni — bolesnici regrutirali su se iz grupe *phthisis fibrocavosa desperata*, *phthisis fibroulcerosa cachecticans*, *phthisis caseosa extensiva lobularis*, *pneumonia caseosa*, *tbc. miliaris generalisata* i *phthisis fibrocavosa desperata cum pyo-pneumothorace*.

Iz gore navedene statistike vidimo, da je gotovo jedna četvrtina sanatorijskih kreveta bila zapremljena bolesnicima, koji ne spadaju u sanatorij, bilo da ne boluju od aktivne plućne *tbc.*, bilo da boluju od tako teških formi, da nema izgleda u koristan efekat sanatorijskog liječenja.

Takvo je stanje bilo 1938. god., kada je socijalno osiguranje imalo 2 sanatorija, Brestovac i Klenovnik sa oko 400 kreveta, oporavilište — sanatorij Kasindol, oporavilišta na Rabu, Krku, Paliću i kad je talas tuberkuloze bio kod nas u opadanju.

Od tada do danas prošlo je 8 godina. Od toga 4 godine rata i okupacije, sa svim do sada u historiji nezabilježenim stradanjima i patnjama naroda, a jedna poslijeratna godina u opustošenoj i opljačkanoj zemlji. Samo Brestovac i Klenovnik rade punim kapacitetom, Kasindol je u fazi otvaranja, a druga oporavilišta još nijesu osposobljena. Radimo dakle sa polovinom kapaciteta, a talas je tuberkuloze u ogromnom porastu.

Kako stojimo danas u pogledu upućivanja bolesnika u sanatorije? Pokazati ćemo prilike na Brestovcu, našem najstarijem sanatoriju.

Uzimamo u obzir bolesnike, koji su stupili u sanatorij tokom 1945. g. pa do konca juna 1946. god. U tom periodu vremena upućeno je nepodesnih, laganih nalaza (praktički zdravih) 15, te nepodesnih, preteških (neizlječivih) bolesnika 31.

Svi su slučajevi razmatrani najširokogrudnije: u rubriku lagani uračunati su samo oni, koji ili uopće nemaju nikakvog patološkog nalaza na plućima ili pak nema ni traga sumnje da bi nalaz mogao biti aktivan.

Nepodesni lagani slučajevi:

| Dijagnoza | Članovi Socijalnog osiguranja | Ostali |
|----------------------|-------------------------------|--------|
| Complexus prim. obs. | 2 | 6 |
| Tbc. fibrocalcaria | — | 1 |
| Tbc. fibrosa* | 1 | — |
| Pleuritis adhaesiva | 3 | — |
| Bronchitis | 1 | — |
| Bez nalaza | 1 | — |
| Svega | 8 | 7 |

U rubriku neizlječivih uvršteni su bolesnici, koji već u momentu dolaska u sanatorij nemaju baš nikakvih izgleda u izliječenje, dakle, gdje je prognoza infaustissima ili pak oni bolesnici, kod kojih uslijed komplikacija sa strane drugih organa nema nikakvog izgleda u korištan efekat sanatorijskog liječenja.

Nepodesni teški slučajevi:

| Dijagnoza | Članovi Socijalnog osiguranja | Ostali |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------|
| Phthisis fibrocas. desper. | 13 | 6 |
| Tbc. miliaris ac. generalis. | 2 | 4 |
| Phthisis fibroulc. cachecticans. | 5 | — |
| Phthisis caseosa extens. lobularis. | 1 | — |
| Svega | 21 | 10 |

Među fibroulceroznim ftizama bilo ih je sa komplikacijama: 1 sa rektouretralnom fistulom, 1 sa epididymitis tbc. fistulosa, 1 sa tonsilitis tbc. ulcerosa i 1 sa tbc. laryngis, a među dešperatnim fibroulceroznim ftizama 1 sa enteritis tbc.

Za bolju bi ilustraciju naveli nekoliko karakterističnih slučajeva:

1. I. V. Status br. 145/46. Bolesnik 46 god. star, mlinski radnik. Obiteljska anamneza bez osobitosti. Sadašnja bolest počinje 1941., kada je prebolio upalu porebrice s obiju strana. U junu 1945., procurio mu je rijedak gnoj na »kesi« (Scrotum). Kod mokrenja izlazi mu mokraća na »stražnju cijev« (rectum). Plućno se dobro osjeća.

Nalaz kod dolaska: Visok 180 cm. težina 65,50 kg.

Klinički nalaz: Obostrano preko vrhova muklina bez hropaca.

Rentgenski nalaz: Desno gornja trećina, lijevo gornje dvije trećine posute pahuljastim i krupnijim mrljama. Obostrano infraklavikularno, te lijevo po sredini uz hilus, sumnjive čistine.

Sedimentacija po Westergrenu: 58—80 mm. Sputum: Koch pozitivan. Vit. kapac.: 3.100 ccm. Temp. kod dolaska do 38,4° C.

Radi se o fibroulceroznoj ftizi, obostrano, sa visokom sedimentacijom i febrilnošću. Samo po nalazu pluća slučaj bi jedva bio prikladan za sanatorijsko liječenje. No uzevši u obzir i metastatički epididymitis i rektouretralnu fistulu, slučaj je apsolutno kontraindiciran za sanatorijsko liječenje.

2. Đ. P. Status br. 103/45. (slika br. 1). Bolesnik 53 god. šofer. Obiteljska anamneza: bez osobitosti. Na sadašnjoj bolesti obolio 1941. g., kad je u par navrata bacio krv. Bio u bolnici u T., gdje mu je rečeno da ima dvije kaverne na desnoj strani. U toku rata se dosta »štrapacirao«, bio ponovno u bolnici 1 mjesec i tada upućen u sanatorij.

Nalaz kod dolaska: opće stanje slabo, mršav, febrilan.

Klinički nalaz: Obostrano do ispod angulusa skapule muklina, sa mnoštvom vlažnih, dijelom zvučnih hropaca, osobito desno, uz izrazito bronhijalno disanje.

Sedimentacija po Westergrenu: 47—70 mm. Sputum: Koch pozitivan. Temp. do 38,4° C.

Rentgenski nalaz: obostrano, naročito desno, veće i manje konfluentne pjegaste sjene sa čistinama obostrano.

Radi se o obostranoj fibrokazeoznoj, kavernozi, ftizi. Slučaj je apsolutno kontraindiciran za sanatorijsko liječenje. Bolesnik je bio u tako teškom stanju, da nije bio moguć transport iz sanatorija, te je ovdje i umro nakon 6 nedelja.

3. Lj. V. Status br. 395/45. (slika br. 2 i 3), činovnica, 21. god. stara. Familijarna anamneza: b. o. U jesen 1945. g. počela se loše osjećati, kašljati. Rentgen pregled (dijaskopija) 12. XI. 1945. nije pokazao ništa osobita. Na drugom pregledu rečeno joj je, da ima proširene hiluse, a pred mjesec dana preboljela pleuritis sicca dex. Sada kašlje i dosta izbacuje. Na težini izgubila u 3 mjes. cca 15 kg.

Nalaz pri dolasku: visina 165 cm, težina 50 kg. Sedimentacija po Westergrenu: 85—118 mm. Sputum: Koch pozitivan. Temp. do 39,6° C, vit. kapac.: 2.300 ccm.

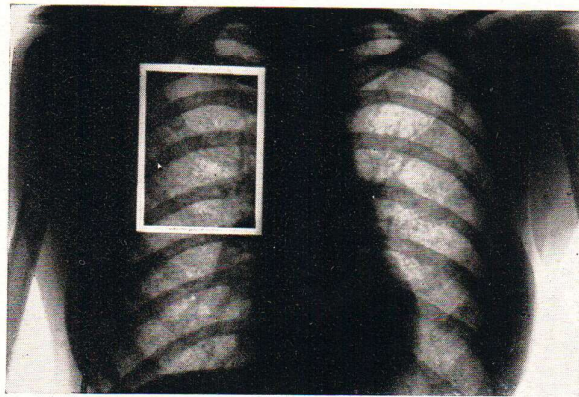
Klinički nalaz: Obostrano pooštreno disanje bez hropaca.

Rentgen nalaz: (24. XII. 1945.) obostrano, po čitavim plućima guste, sitnomrljaste sjene.

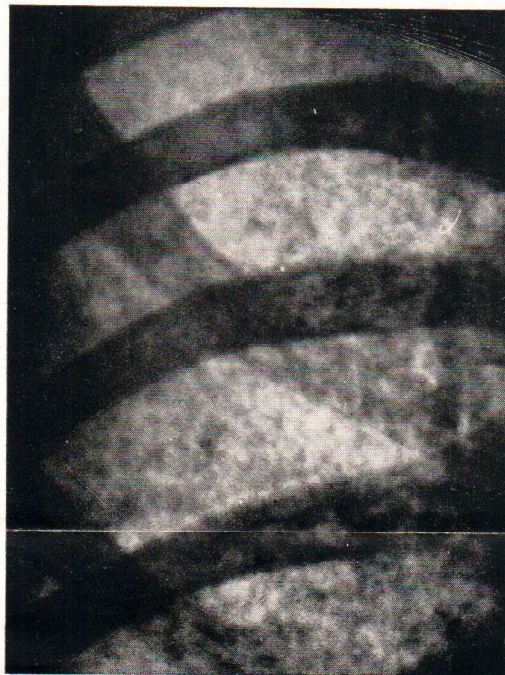
Kako se iz gore navedenog nalaza vidi, radi se o akutnoj milijarnoj tuberkulozi. Bolesnica bila je toliko slaba, da smo je morali



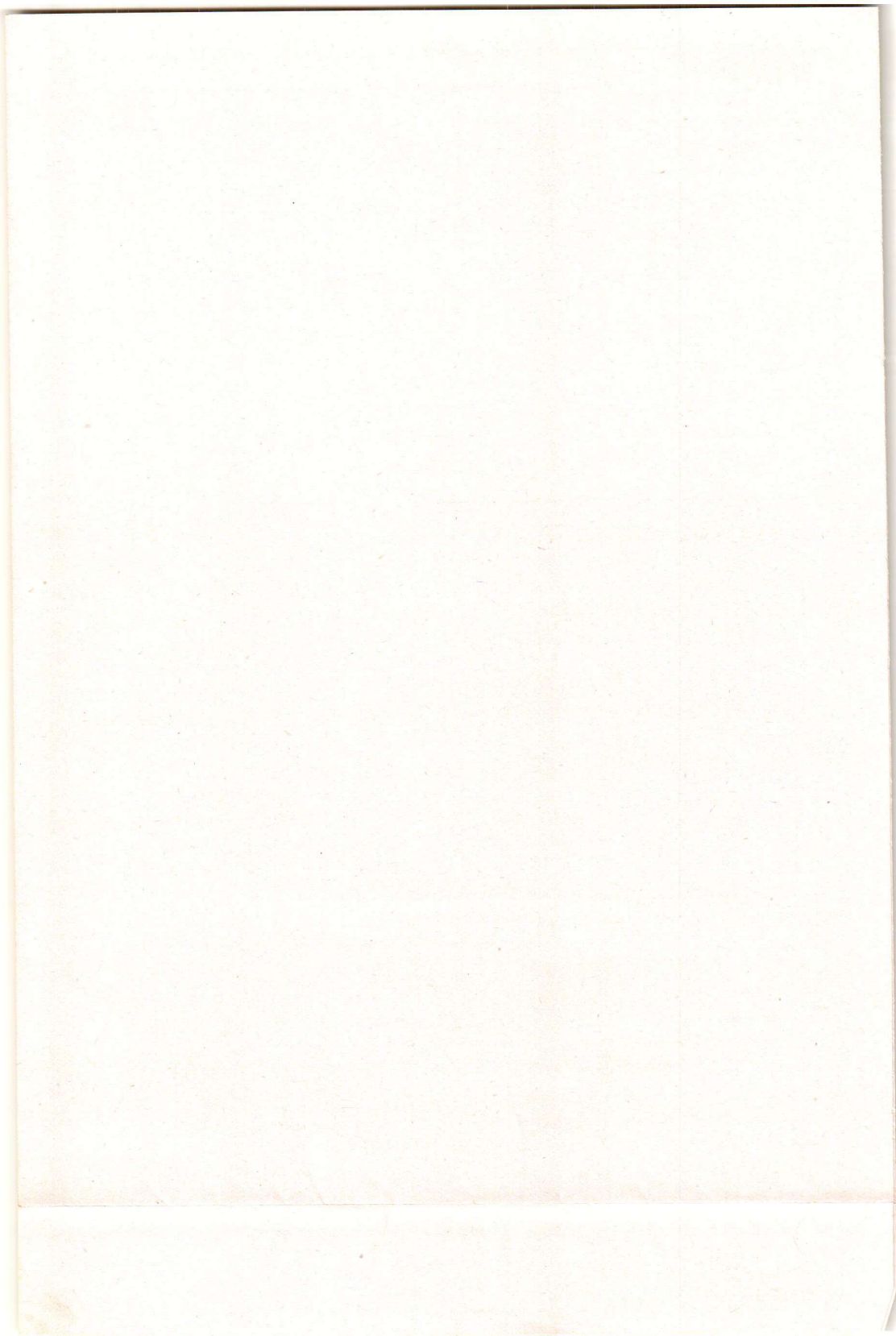
Sl. 1.



Sl. 2.



Sl. 3 (isječak iz sl. 2., kopiran u naravnoj veličini filma)



zadržati u sanatoriju neko vrijeme, da se toliko »oporavi«, da bi mogla izdržati transport kući. Slučaj je u toliko interesantniji, što se tu radi o činovnici socijalnog osiguranja. Imenovana je radila u sjedištu jedne velike filijale, sa dobrom rentgenskom aparaturom i uredskim rentgenologom. Svakako je trebalo načiniti rentgensku snimku i dijagnoza bi bila jasna, te ne bi bilo došlo do upućivanja u sanatorij bolesnice sa apsolutno infaustnom prognozom.

4. I. J. Status br. 340/45. (slika br. 4), kočničar, 33 god. star. Familijarna anamneza: bez osobitosti. Već duže vremena bolestan. 1937. i 1938. god. bio u lječilištu Klenovnik, a 1943. bio u lječilištu Brestovac s dijagnozom: Phthisis fibroulcerosa pulm. sin., tbc. fibrosa pulm. dex., pleuritis adhaes. lat. sin., status post exhaeresim n. phren. sin.

Do početka 1945. bolesnik se dobro osjećao, kada je bacio mnogo krvi. Sada kašlje, mnogo izbacuje, smršavio za oko 6 kg.

Nalaz pri dolasku: Visok 171 cm. Težina 61 kg. Sedimentacija po Westengrenu: 110—115 mm. Sputum: Koch pozitiv. Temp: 38,8° C, vit. kapac.: 1.500 ccm.

Klinički nalaz: preko desnog vrška i čitave lijeve strane intenzivna muklina; lijevo bronhijalno, desno bronhovezikularno disanje, obostrano, a naročito lijevo, mnoštvo vlažnih, zvučnih hropaca.

Rentgenski nalaz: Cijela lijeva strana intenzivno potamnjena, retrahirana. Lijeva dijafragma za tri prsta podignuta, jedva nešto paradokсно pomična. U vršku lateralno poput kokošnjeg jajeta velika ovalna čistina. Desno u gornjoj polovini diseminirane sitnije pahuhaste sjene. Na granici gornje trećine poprečna tanka ravna pruga.

Ovdje se radi o fibrotoraksu lijevo, s velikom subpleuralnom kavernom u vršku i diseminacijom na desnoj strani. Slučaj je i zbog same težine procesa i zbog toga, što je bilo kakova kolapsoterapija nemoguća, kontraindiciran za sanatorij.

5. J. P. Status br. 4/46. (slika br. 5), kovač, 49 god. star. Familijarna anamneza: b. o. Obolio u zimi 1945. god. Kašalj, promuklost. Temp. do 38° C. Probadanje desno. Mnogo izbacuje i noću se znoji. Na težini izgubio oko 16 kg.

Nalaz pri dolasku: visok 174 cm. Težina: 50,60 kg. Sedimentacija po Westengrenu: 37—55 mm. Sputum: Koch pozitiv. Temp. 38,8° C, vit. kapac. 3.100 ccm.

Klinički nalaz: preko desnog vrška muklina, bronhovezikularno disanje s vlažnim hropcima.

Rentgen nalaz: Obostrano mnogo mrljastih i prugastih sjena. Desno u vršku oveća, nepravilno ovalnog oblika, oštro ograničena čistina, lijevo nekoliko manjih.

Radi se o obostranoj, fibrokazeoznoj, kavernočnoj ftizi. Bolesnik je dopremljen u tako teškom stanju, da ni na kakovu aktivnu terapiju nismo mogli pomisliti.

6. J. B. Status br. 82/45. (slika br. 6 i 7), radnik, 57 god. star, bio u našem lječilištu 1931. god. radi fibrokazeozne kavernočne ftize desno. Pokušaj pneumotoraksa nije uspio, radi adhezivne pleuritide desno. Izvršena je egzereza frenikusa i skalenotomija desno, 1933. bio na Državnom lječilištu Brestovac. 1943. bacio krv, bio u bolnici u S. Dosta kašlje i izbacuje, a na težini izgubio oko 12 kg u 3 mjeseca. Na pregledu mu je rečeno, da nema novih promjena na plućima.

Nalaz pri dolasku: visok 163 cm, težina 58,50 kg, sedimentacija po Westergrenu: 5—16 mm. Sputum: Koch negativ., afebrilan.

Klinički nalaz: preko čitavih pluća čuju se bronhitički šumovi.

Rentgenski nalaz: Obostrano, desno više, male, oštro ograničene sjene. Desni sinus obliteriran.

Ovdje se radi o bolesniku, koji je pred 14 godina bio ozbiljno bolestan, ali je sada nalaz inaktivan u smislu tuberkuloze, radi se o tbc. fibrocalcaria. Bolesnik imade normalnu sedimentaciju eritrocita, u ispljuvku nisu nađeni bacili tbc., afebrilan. Kako je prije stupanja u sanatorij izgubio na težini oko 12 kg., to je jedino indicirano oporavi-lište, a nikako sanatorij. Bolesnik je u sanatoriju izgubio 1,70 kg. na težini.

7. S. S. Status br. 158/46. (slika br. 8), brodograditelj, 45 god. star. 1938. pleuritis sicca dex., 1944. typhus abdom. i nephritis. Pred 3 mjes. se jako prehladio, kašljao, izbacivao, imao temperaturu, izgubio na težini 4 kg. Na pregledu mu je rečeno, da ima oboljenje na desnoj strani pluća.

Nalaz pri dolasku: visok 171 cm, težina 65 kg, sedimentacija po Westergrenu: 2—5 mm. Sputum: Koch negativ. Afebrilan. Vit. kapac.: 4.100 ccm.

Klinički nalaz: b. o. Rentgenski nalaz: Desni sinus obliteriran.

Ovdje se radi o adhezivnom pleuritisu desno. Kako nema aktivnog nalaza na plućima, sanatorijsko liječenje nije potrebno. Bolesnik je otpušten iz sanatorija s napomenom, da mu je potrebna rentgenska kontrola.

Kako se iz gore navedene kazuistike vidi, radi se o bolesnicima, koji nikako ne spadaju u sanatorij. Imade jedna razlika između statistike Samaržije i naše (pored toga, što njegova daje točnije rezultate, jer uzimlje u obzir deset puta duži period vremena), a to je, da kod njega prevlađuju lakši slučajevi u omjeru 1,67 : 1, a kod nas teži u omjeru 2,06 : 1, svakako rezultat rata i ratnih posljedica s jedne strane, a i može biti boljeg funkcioniranja liječničke službe na terenu.

Bolesnici dolaze, a pogotovo oni iz udaljenih mjesta, gotovo posve iscrpljeni u lječilište. I ako se već kod prvog pregleda ustanovi, da nisu podesni za sanatorij i da ih treba vratiti, to se ipak ne može izvršiti odmah, s razloga, jer nisu sposobni za transport, a drugo i iz psiholoških razloga, jer bi to značilo baš najtežem bolesniku oduzeti još ono malo vjere u ozdravljenje. Ti bolesnici zauzimlju kroz najmanje mjesec dana krevete, na kojima bi se mogli za to vrijeme uspješno liječiti drugi podesni bolesnici. Time je socijalnom osiguranju učinjena i finansijska šteta, jer se bolesnici upućuju sa 500 pa i 800 km udaljenih mjesta u sanatorij: tu su troškovi podvoza tamo i natrag, tu su opskrbni troškovi za mjesec i više dana u sanatoriju, a pored toga ne samo da nismo bolesniku ništa pomogli, nego mu je dugotrajan i težak put još i naškodilo.

Pitamo se sada, gdje leže razlozi za takovo nekorisno indiciranje sanatorijskog liječenja. U ustanovama osiguranja, gdje rade specijalisti, ftizeolozi, a pogotovo oni, koji su djelomično ili cijeli specijalistički staž proveli u sanatorijima, te su griješke vrlo rijetke. Ali mi znamo, da u izvjesnom broju naših ambulanata dužnost ftizeologa vrše nespecijalisti, da imade čak čitavih Zemaljskih zavoda sa jednim ili nijednim vlastitim ftizeologom. Tu i ne možemo i ne smijemo pretpostaviti minucijozno poznavanje plućne dijagnostike, bez koje se — ali — koristan rad u ftizeološkoj ambulanti ne može zamisliti. Baš je tim liječnicima — praktičarima i specijalistima, ftizeologiji srodnih struka, namijenjen ovaj putokaz, i ako je i u stranoj i u domaćoj literaturi nebrojeno puta raspravljan taj problem. Kako se ipak još uvijek i stalno ponavlja ista griješka, smatramo potrebnim, da se ponovno skrene pažnja na to bolno pitanje.

Kao što vidimo u pitanju su kadrovi. Tek nakon stvaranja masovnoga kadra ftizeologa možemo računati sa dobrim funkcioniranjem antituberkulozne borbe, a dotle se moramo zadovoljiti provizorijem. No moramo nastojati, da taj provizorij bude što suficijentniji, tako da članstvo osiguranja može postojeće ustanove maksimalno iskoristiti.

Zato treba liječnik praktičar, kad mu dolazi u ambulantu bolesnik sa »plućnim nalazom«, da si postavi slijedeća pitanja:

1. Da li je bolesniku sanatorijsko liječenje nepotrebno, jer plućni nalaz nije aktivan?
2. Da li je bolesniku sanatorijsko liječenje nepotrebno, jer je nalaz tako težak, da sanatorijsko liječenje nema izgleda u koristan efekat?

Ako na oba pitanja liječnik može da odgovori sa sigurnošću potvrdno, onda ne smije bolesnika uputiti na sanatorijsko liječenje.

To često puta izgleda mnogo lakše, nego što u stvari jeste, ali ako liječnik tako postupi, sigurno ne će pogriješiti.

U odgovoru na prvo pitanje susrećemo se sa pojmom aktiviteta plućnog nalaza u smislu tuberkuloze, pitanje, na koje je često puta teško odgovoriti od prve i iskusnom specijalisti. Koji puta to, u ambulanti, uopće nije ni moguće, nego treba bolesnika podvrći nizu kliničkih, rentgenskih i laboratorijskih pretraga i tek nakon promatranja od nekoliko dana može iskusni specijalista — fiziolog dati svoje mišljenje.

Od pretraga, koje tu dolaze u obzir svakako u ovoj fazi oboljenja imade perkusija i auskultacija više historijsku, nego stvarnu vrijednost. Promjene kod početne plućne tuberkuloze često su puta tako male, da ne mogu dati velikih fizikalnih nalaza; barem se oni ne mogu uhom uhvatiti. Ako pak uz neznatne, rentgenski ustanovljene, promjene imademo veliki fizikalni nalaz, to govori redovno za nespecifičnost oboljenja.

Perkutorno jasno skraćanje zvuka, bez popratnih hropaca, samo po sebi ne govori ni za, ni protiv aktiviteta. Svakako to još u većoj mjeri vrijedi za sasvim relativne mukline i nejasne nalaze.

Auskultacija je svakako od veće važnosti, jer pozitivan nalaz vlažnih, a pogotovo zvučnih hropaca najčešće je izraz plućne kondenzacije ili raspada. Sve to važi i za ekvivalente takovih hropaca: razne oblike bronhijalnog disanja, sve do prelaznih formi, kao i za bronhofonične fenomene.

Od osnovne je važnosti, da negativan perkutorni i auskultatorni nalaz nikada ne isključuje aktivni, pa dapače i teški plućni proces. Kod početnih (klinički!) aktivnih procesa, makar oni već bili i teški, veoma često je fizikalni nalaz sasvim nejasan i za iskusnog fiziologa.

I zato glavna uloga pripada svakako rentgenskoj dijagnostici, bez koje danas nema i ne može biti plućne ambulante. Francuzi zato i zovu dispanzer bez rentgena »slijepim dispanzerom«. Kad nam bolesnik dođe u plućnu ambulantu, obično ga najprije podvrgnemo rentgenskom pregledu. Pitanje, koje promjene možemo da očekujemo na dijaskopiji kod početne tuberkuloze, sigurno bi nas predaleko dovelo. Tu upućujemo na obilnu odnosnu literaturu, a u praksi, na specijalističku ambulantu.

Naprotiv htjeli bismo pokazati, koje slučajeve možemo katkada samo na temelju rentgenskog nalaza isključiti, kao nepotrebne sanatorijskog liječenja.

Prije svega želimo spomenuti, da sama dijaskopija veoma često nezadovoljava, nego snimak, a katkada i čitava serija tehničkih bespri- kornih snimaka. Da zadržimo jedan sistem, početi ćemo s vrškom. Tu dolaze u obzir u prvom redu t. zv. Simonove pojedinačne ili grupne metastaze — najčešće već posve kalcificirani ostaci rane hematogene diseminacijone periode. Ti su ostaci, ako nema drugih kliničkih zna- kova aktivnosti, nepotrebni svakog liječenja i redovne kontrole.

Isto to vrijedi i za pleuritične kožure lokalizirane u vršcima. U vršku imademo još lokalizirane oblačaste sjene (Cohn), sitno mrljaste forme (Köhler), često bilateralno položene, koje su u smislu ranije nauke smatrane početkom apikokaudalnog toka ftize, a danas se sma- traju produktivnom, kasnom formom tuberkuloze vršaka. Te bi forme odgovarale kroničnim sisanjima u gornje spratove od diskretne miliaris do fibroze denze pa i do fibroulceroze, kao reprezentantima kasne generalizacije. Ovi su posljednji nalazi aktivni, trebaju intenzivnog liječenja i minuciozne kontrole.

Premda im je lokalizacija druga, tu treba svakako spomenuti obli- ke pleuritisa, koji prate kasno generalizaciju, a koje ponajbolje repre- zentira »pleurite à répétition«. I ako svaka takova pojedina pleuritis ne predstavlja klinički upadljivo oboljenje, ipak je ona važan simptom općeg aktiviteta tuberkuloze.

Od ekstratorakalnih sjena u apikalnoj regiji, koje mogu navesti na krive zaključke, spomenuli bi u prvom redu sjene u medijalnim parti- jama vršaka, koje potiču od mekih dijelova, zatim skolihoze, kožni nabor, koji čini paralelnu sjenu sa klavikulom, sjena arterije subkla- vije, lijevo jače izražena, nego desno. Na koncu bi spomenuli u toj regiji dosta česte, kalcificirane sjene vratnih limfona, koje se projici- raju u vršak i daju povoda griješkama.

Od nalaza u ekstraapikalnoj regiji za nas je najinteresantiji »rani infiltrat«, kojega u svojoj klasičnoj formi vrlo rijetko vidimo. Najčešće ga pak vidimo već sa brojnim metastazama ili već kaverni- ziranog i tu nema sumnje o aktivnosti procesa.

No obzirom na sklonost ka brzom resorpciji i induraciji, moramo svako ovakovo žarište vrlo savjesno ispitati i rentgenski i klinički. Po Assmann-u su ta »infraklavikularno položena izolirana žarišta okrugle sjene jednakog intenziteta, čiji je rub jasno, ali ne i oštro odvojen od okoline«. Veličina im je od 1—5-dinarke. Ta žarišta leže bliže stražnjoj stijenci toraksa. Veća su žarišta više difuzna i to uslijed perifokalne upale. Katkada ostaje nakon resorpcije jedno ili više malih žarišta u centru, kao neki fokus, a katkada se ti infiltrati resorbiraju sasvim.

U slučaju kavernoznog nalaza moramo paziti, da li se možda ne radi o promjenama na pleuri u formi prstenova i adhezija, emfizema-

toznim dijelovima pluća, naročito o subpleuralnom emfizemu, parcijalnom pneumotoraksu, naročito interlobarnom, sjenama kostiju i muskulature, prstenastim sjenama plućnog crteža, koje katkada imponiraju kao kaverne i sl.

Tu će nam dijaskopija sa neprekidnim rotiranjem bolesnika u najvećem dijelu slučajeva razjasniti sliku, jer ćemo sumirane sjene na taj način rasčlaniti. Isto to vrijedi i za promjene u predjelu hilusa, gdje u odrasloj dobi rijetko nalazimo aktivne promjene tuberkulozne prirode.

Treba da spomenemo još i eksudativnu pleuritis, čija je klinička i rentgenska dijagnostika tako poznata, da se na tome ne trebamo dulje zadržavati. Ali je njeno značenje vrlo veliko obzirom na ranu dijagnostiku i obzirom, da zbog nje često dolaze bolesnici najranije liječniku (inicijalna pleuritis) i da se tu često otkriju zamašnije tuberkulozne promjene parenhima.

Još je veće značenje pleuritisa kao preftizičnoga oboljenja. Statistike se tu vrlo razilaze, po Bardu dolazi u 35% pleuritisa, kod odraslih, kasnije do tuberkuloznog nalaza na plućima. Baš obzirom na to, trebali bi svaki eksudativni pleuritis, gdje nije utvrđena veza s jednim netuberkuloznim oboljenjem, poslati u sanatorij. No danas, kad nam nedostaju kreveti za već manifestnu tuberkulozu pluća, te moramo s krevetima maksimalno ekonomizirati, ne će nam to biti moguće. Ali zato treba tim slučajevima posvetiti najveću pažnju, ispitati socijalne prilike i, ako je moguće, zadržati ih u kućnoj njezi uz dobre uslove, ako pak ne, onda ih treba za prvo vrijeme, dok traje febrilnost, smjestiti u bolnicu, a kasnije uputiti u oporavilište ili sanatorij; u svakom slučaju moraju ti slučajevi kroz više godina ostati pod liječničkom kontrolom. U pravilu higijensko-dijetetska kura nakon eksudativne pleuritide treba da traje 6 mjeseci.

Zaključno možemo reći, da rentgenska dijagnostika sa svim svojim pojedinostima predstavlja najbitniji dio ftizeološkog ambulantnog rada i da se bez nje kvalitetni posao ne da ni zamisliti.

Od svih metoda za ustanovljenje aktiviteta, a pogotovo specifičnosti procesa, pregled ispljuvaka zaslužuje najveću pažnju, jer nalaz bacila tuberkuloze u ispljuvku sa sigurnošću pokazuje, da se radi o tuberkulozi pluća i da je taj nalaz aktivan. Svakako i to imade svojih poteškoća, uglavnom stoga, jer izvjestan broj početnih forma tuberkuloze ide često baš sa malo kašlja i rijetkim izbacivanjem; naročito je to pojava kod žena, koje već iskašljani ispljuvak ne mogu da izbace, nego ga gutaju i tu moramo pribjeći drugim preciznijim metodama (obris larinksa, ev. pretraga faecesa i t. d.). Pored toga treba

pregledavati ispljuvak na prisutnost elastičnih vlakana, jer ih često nalazimo u ispljuvku već i prije bacila. Kako je ali nalaz bacila tuberkuloze u ispljuvku jedini apsolutan znak specifičnosti, to pregled ispljuvka ne smijemo nikada propustiti, pogotovo ako nam je to potrebno u smislu diferencijalne dijagnostike za isključenje drugih oboljenja, koje idu pod sličnom kliničkom i rentgenskom slikom. To je u ambulanti koji puta teško provedivo, pogotovo ako smo nekoliko puta ispljuvak dotične osobe pregledali s negativnim rezultatom, no u saradnji s drugim ustanovama (dispanzerom, bolnicom, domovima zdravlja) možemo da doskočimo i toj poteškoći, naročito onda, ako moramo pribjeći metodama homogenizacije, cijepljenja na podloge ili biološkom pokusu. Dok je prema starijem shvaćanju nauke po Bandelieru i Roepkeu (cit. po Klempereru) oko 90% inicijalnih tuberkuloza bez nalaza bacila, po Bacmeisteru (cit. po Klempereru) samo 20% sa pozitivnim nalazom, dotle po Klempereru imade svega oko 20% inicijalnih ftiza bez nalaza bacila u ispljuvku. To je rezultat ranije nauke o apikokaudalnom toku ftize, gdje su uračunati u inicijalne forme plućne tuberkuloze i oni procesi, koji su davno inaktivni. Prema današnjoj nauci o akutnom početku ftize sa brзом eksulceracijom nalaz bacila je u oko 80% slučajeva pozitivan, stoga a naročito i s razloga, što početna ftiza nastupa često pod slikom »gripe« ili druge »infektmaske« možemo zaključno reći, da u svakom slučaju suspektom na tuberkulozu moramo pribjeći hitnom pregledu ispljuvka u ambulanti samoj, a po potrebi i u drugim specijalno zato uređenim ustanovama.

Pregled krvi. Tu nas svakako najviše interesira i najviše nam kazuje brzina sedimentacije eritrocita. Najprikladnija je za ambulanti pogon metoda makrosedimentacije po Westergrenu, mnogo više nego ona po Linzenmeieru. Dok po Linzenmeieru mjerimo vrijeme potrebno da se gornja ploština stupca sedimentiranih eritrocita spusti do određenog znaka, to kod metode po Westergrenu mjerimo visinu stupca sedimentiranih eritrocita u jedinici vremena. Obično čitamo rezultate nakon prvog i drugog sata. Kao normalne vrijednosti računaju se po Linzenmeieru za odrasle muškarce u prosjeku do 540 minuta, a za isto tako zdrave žene do 300 minuta, a po Westergrenu kod zdravih muškaraca vrijednosti su nakon jednog sata 2 do 6 milimetara, a kod zdravih žena 3 do 8 milimetara. U teoretska razlaganja faktora, koji uplivišu na brzinu sedimentacije ne možemo ulaziti, ali moramo naglasiti, da reakcija nije specifična za tuberkulozu. Svako akutno oboljenje upalne prirode pokazuje ubrzanje sedimentacije, te je prema tome metoda manje prikladna za utvrđivanje dijagnoze, nego za stepen aktivnosti tuberkuloze.

Nameće nam se pitanje, da li normalne vrijednosti sedimentacije isključuju aktivitet tuberkuloze. Tu se mišljenja još razilaze. S obzirom na činjenicu, da se katkada i kod teških kavernoznih ftiza nalaze normalne vrijednosti sedimentacije možemo sa Westergrenom (cit. po Klempereru) reći da je »kod normalne sedimentacije istovremeno postojanje aktivne tuberkuloze u općem kliničkom smislu riječi, u najmanju ruku nevjerovatno«. Svakako je Westergren periodičkim ispitivanjem kroz duži period vremena ustanovio, da je ubrzanje sedimentacije često jedini rani simptom početne tuberkuloze.

S obzirom na temperaturu u odnosu prema akutnim oboljenjima (gripa etc.) gdje sedimentacija zaostaje, ustanovili su Westergren i Katz (cit. po Klempereru), da je sedimentacija kod tuberkuloze ubrzana još dok se temperatura kreće oko normalnih granica. Pod kraj života znadu se kod teških ftizičara »poboljšati« vrijednosti sedimentacije eritrocita, to je i na to vrijedno upozoriti.

Za ispitivanje brzine sedimentacije možemo zaključno reći, da je ono u okviru rentgenskog i kliničkog nalaza u ambulantnom pogonu dragocjeni faktor određivanja aktivnosti tuberkuloze, baš radi svoje praktičnosti.

Od ostalih metoda pretrage krvi, dolazi još u obzir (i ako u ambulantnom pogonu u manjoj mjeri) »crvena« i »bijela« krvna slika, gdje trajniji »otklon u lijevo« bez adekvatnog kliničkog nalaza upućuje pouzdano na kronični upalni proces; tu onda nismo daleko od usmjerenih pretraga na tuberkulozu (rentgen).

O serodijagnostici tuberkuloze ne možemo u ambulantnom radu govoriti, to je područje rezervirano za specijalne institute.

Zaključno, za pretragu krvi, možemo reći, da u ambulantnom radu dolazi u obzir redovno sedimentacija eritrocita i izuzetno krvna slika.

Specifična dijagnostika. Njena je vrijednost veća kod djece nego kod odraslih, možemo je kod odraslih i to kod ladanjskog pučanstva upotrijebiti onda, ako je dosad negativna tuberkulinska reakcija nastupom oboljenja postala pozitivna. Veoma teški oblici ftize ili milijarna tuberkuloza s negativnom specifičnom reakcijom (negativna anergija) ne dolaze nikako u obzir za sanatorij.

Temperaturi kao sigurnom kriteriju za prosuđivanje aktivnosti tuberkuloznog nalaza ne možemo govoriti. Kao prosječnu temperaturu kod zdravog muškarca, ležećki i mjereno rektalno navodi Saugmann (cit. po Klempereru): Izjutra 36,3 do 36,7., prije podne 37 do 37,3., poslije podne 37,3 do 37,5., a oko ponoći oko $\frac{1}{10}$ stepena nižu od jutarnje temperature.

Kod žene su odnosi još kompliciraniji. Po Saugmannu (cit. po Klempereru) krivulja temperature u intermenstrumu polagano raste i naglo padne neposredno pred menstruaciju, da onda imade kroz nekoliko dana horizontalan tok.

To bi bili normalni odnosi. Kod tuberkuloze možemo po Klempereru smatrati povišenu temperaturu jednom od posljedica toksina odnosno raspada tkiva.

Prema tome mogli bismo povišenje temperature smatrati znakom aktiviteta tuberkuloznog procesa. No ni to nije apsolutno sigurno. Po Braeuningu imade dosta početnih ftiza, koje idu i bez povišenja temperature. S druge strane imade opet niz, u odnosu na tuberkulozu, nespecifičnih procesa, koji idu s povišenom temperaturom (gripa, kron. tonsillitis, endocarditis lenta, kron. malarija, neurastenija, histerija i t. d.). Svakako kazeozne ftize i eksudativna pleuritis u svom početku bilježe visoke temperature.

Iz svega gore navedenog možemo zaključiti da nalaz povišene temperature samo uz ostale kliničke i rentgenske znakove aktivnosti tuberkuloznog procesa imade svoju vrijednost, a s druge strane, da normalna temperatura nikako ne isključuje aktivitet procesa.

Pitanje anamneze namjerno smo stavili na posljednje mjesto s razloga, što joj u ambulatnoj praksi, obzirom na današnju frekvenciju bolesnika, ne može liječnik posvetiti ni dosta vremena ni dosta pažnje, nego mora nakon par orijentacionih pitanja preći odmah na objektivne metode pretrage.

Bolesnici se obično tuže na boli, iako je činjenica da baš teške ftize najmanje bole.

Često se tuže i na kašalj, i to je više »refleksni« kašalj, uslijed podražaja n. vagusa od pleuralnih afekcija ili pak od povećanih bronhijalnih žlijezda. Kašalj u cilju ekspektoracije često ne ide u istom omjeru s količinom izbačenog sekreta, jer se katkada bolesnici muče po nekoliko minuta da izbace neznatnu količinu ispljuvka, a drugi pak puta izbace velike količine gotovo bez kašlja. Kako do kašlja dolazi i kod drugih patoloških promjena respiratornih puteva, to je njegova diferencijalno dijagnostička vrijednost minimalna.

Pitanje hemoptoje jedno je od najvažnijih anamnestičkih podataka, koje često dobivamo od bolesnika. Tu moramo najprije da ustanovimo da li se radi o intra- ili ekstrapulmonalnom krvarenju. Od intrapulmonalnih krvarenja važno je pak da li se radi o tuberkuloznoj promjeni ili ne. Od nespecifičkih promjena dolaze u obzir tumori.

pneumonije, absces, gangrena, bronchitis fibrinosa, bronchiolitis pseudomembranacea, plućni infarkt, sepsa etc.

Od ekstrapulmonalnih krvarenja dolaze u obzir ona iz želuca, nosa, usta, ždrijela, jednjaka i grkljana.

Nas najviše interesiraju »inicijalna krvarenja«, kako se ona često s nepravom nazivaju, jer kod tih krvarenja vrlo često nalazimo već obsežan plućni nalaz. Klinički je proces »inicijalan«, jer nije ranije primjećen, ali patološko anatomski on je već davno prešao početnu fazu, do hemoptoje je pak došlo uslijed povećanog fizičkog napora, ili traume fizičke i psihičke i ta je hemoptoja baš razlog da bolesnik potraži liječničku pomoć. Dobro je potsjetiti, da u radničkom osiguranju anamnestički podaci bolesnika o krvarenju mogu biti i lažni, u cilju, da osigurani član na taj način dođe do nekih koristi.

Veoma često susrećemo se sa znojenjem kao anamnestičkim podatkom plućnih bolesnika. Uz dužnu rezervu može nam korisno poslužiti i taj podatak.

Time bismo završili analizu metoda, koje možemo i trebamo da upotrijebimo u odgovoru na prvo pitanje.

Odgovoriti na drugo pitanje t. j. da li je bolesnik još indiciran za sanatorijsko liječenje mnogo je lakše u ambulatnoj praksi, naime utoliko, što liječnik ne će nikad pogriješiti, ako takovog bolesnika odmah uputi u bolnicu. Budući da se tu radi gotovo uvijek o bolesnicima s »otvorenom« tuberkulozom, potreban je uput u bolnicu već i zbog izolacije. U bolnici treba, ako nema izrazite kontraindikacije kolapsoterapiji, pokušati pneumotoraks, pa i bilateralni i u slučaju povoljnog toka i pneumotoraksa i samog plućnog nalaza, naknadno bolesnika uputiti u sanatorij.

Kao apsolutne kontraindikacije sanatorijskom liječenju računamo teške akutne milijarne forme, kazeozne forme sa hektičnim temperaturama, zatim komplikacije kao intestinalna tbc., teška ulcerozna laringealna tbc., teške tuberkuloze kostiju i zglobova, zatim komplikacije kao nephritis i diabetes, koji se može uputiti tek nakon što je ustanovljena potrebna količina insulina i potrebna dijeta i pošto je u bolnici stanje krenulo na bolje.

Nadalje su kontraindicirane teške gnojne upale srednjeg uha, insuficijencija kardiovaskularnog aparata, sva akutna infektivna oboljenja, zatim sve teške forme tuberkuloze pluća, kod kojih pokušaj pneumotoraksa nije uspio, a kontraindicirani su za drugu kolapsoterapiju. Na koncu: gravide u drugoj polovini nošenja.

I ako se o tome do danas mnogo pisalo i još više govorilo, a dešavali su se i dešavaju se isti propusti, to bismo preporučili svakom liječniku a naročito praktičaru, koji po zakonu nužde mora da vrši

dužnost ftizeologa, da u svakom suspektnom slučaju potraži savjet i mišljenje dispanzera, ako pak i to nije dovoljno, ako treba kliničkog promatranja, da se dođe do diferencijalne dijagnoze ili dijagnoze aktiviteta, da uputi bolesnika na bolnički odio za plućne bolesti, odakle će u svakom slučaju dobiti mišljenje, koje će odgovarati stvarnom stanju.

U pogledu načina predlaganja za sanatorijsko liječenje htio bih da iznesem svoje lično mišljenje. Prema propisima Središnjeg zavoda za socijalno osiguranje liječnik je dužan, ako smatra da bolesniku treba sanatorijskog liječenja, da ga predloži za isto, ispunivši prethodno propisani formular sanatorijskog prijedloga. Taj se formular po ustanovljenju članskih prava upućuje sanatoriju na mišljenje, koji onda samo na temelju tog nalaza poziva bolesnika na liječenje. Ako je pregled u ambulanti filijale izvršio ftizeolog, naročito ako je pak taj ftizeolog bio na stažu u kojem od sanatorija, onda će i indikacija za sanatorijsko liječenje redovno biti dobro postavljena i sam nalaz odgovarati stvarnosti. Ako pak to radi praktičar, koji nema dovoljno iskustva, onda će i nalaz nerijetko biti nerealan, a i indikacija ne će odgovarati.

Kako da postupi sanatorijski liječnik, koji dobiva nalaz, koji ne odgovara stvarnom stanju a da uopće i ne vidi bolesnika prije dolaska u sanatorij? A o mišljenju sanatorijskog liječnika ovisi, da li će bolesnik biti pozvan na liječenje ili ne.

Kako da postupi sanatorijski liječnik, ako dobije nalaz na komadiću papira napisan, da se predlaže bolesnika N. N. za sanatorijsko liječenje i k tome je priloženo mišljenje dispanzera, da je kod dotičnog bolesnika indicirano sanatorijsko liječenje, a bez rentgenskog nalaza, bez kliničkog nalaza i bez nalaza ispljuvka i sedimentacije eritrocita? Na temelju kojih kriterija da sanatorijski liječnik stvori svoj sud o bolesniku?

Pored toga bolesnik često puta čeka nedeljama, dok se isprazni mjesto u sanatoriju, da može biti pozvan na liječenje. U to vrijeme može svaki nalaz da se pogorša, što i redovno biva, čak može u međuvremenu, da i ne bude više prikladan za sanatorijsko liječenje, a da mi o svemu tome u sanatoriju nemamo ni pojma. A baš smo mi ti, koji pozivamo bolesnika. Nakon što smo mi pozvali bolesnika, a u filijali se ustanovi, da je promašen povoljan momenat za sanatorijsko liječenje, teško je reći bolesniku, da ne može biti upućen u sanatorij, a zna da je predložen. Isto se tako javljaju u međuvremenu liječniku u filijali slučajevi, koji su možda hitnije potrebni sanatorijskog liječenja, a da mi o tome ne znamo i ne možemo znati, pa pozovemo onoga, koji je na redu, a možda nije tako hitno potreban kao onaj, čiji nam nalaz još nije dospio u ruke. Pored svega toga mi u sanatorijima

imamo moralnu odgovornost za pozivanje bolesnika, koje prije ne vidimo.

Stoga bi bilo možda zgodnije, da se sistem slanja nalaza ukine s time, da liječnici filijale upućuju sami svoje bolesnike, koji su kod njih u evidenciji prema hitnosti nalaza, nakon što ih sanatorij izvijesti, da imade izvjesnog dana rezerviran krevet.

Smatram, da bi liječnik filijale, ako znade, da odgovornost za upućivanje bolesnika leži isključivo na njemu, jer su i bolesnici isključivo pod njegovom kontrolom, brižnije pristupio tom poslu. To bi svakako bilo u interesu bolesnika, jer bi brže došli do sanatorijskog liječenja i u interesu socijalnog osiguranja, jer bi se uštedili nepotrebni troškovi, a svakako i u interesu državne zajednice kao vrhovnog čuvara narodnog zdravlja.

Upotrijebljena literatura:

- Assmann: Ergebnisse der ges. Tbc. forschung Bd. I.
Braeuning: Der Beginn der Lungentuberkulose beim Erwachsenen (G. Thieme 1938).
Braeuning: Ergebnisse der ges. Tbc. forschung Bd. I.
Dujmušić: Radnička zaštita 1934. Br. 10.
Hayek: Das Tuberkuloseproblem (J. Springer 1923).
Kayser-Petersen: Ergebnisse der ges. Tbc. forschung Bd. II.
Klemperer-Ahlenstiel: Ergebnisse der ges. Tbc. forschung Bd. I.
Kobert: Auslese der Kranken für die Volkslungenheilstätten (Enke 1902).
Samaržija: Radnička zaštita 1934. br. 5.
Samaržija: Radnička zaštita 1938. br. 11.
Ulrici: Diagnostik und Therapie der Lungen- und Kehlkopf-tuberkulose (Springer 1924).
Weichsel: Ergebnisse der ges. Tbc. forschung Bd. II.