

**Eraldine äratõmme ajakirjast „EESTI ARST“ 1929, lisa :**

**VIII Eesti Arstidepäev.**

**W. WADI — Tartu: Sihtjooni tuberkuloosi vastu võitlemisel ühenduses viimase aja kliiniliste uurimuste tulemusiga.**

Viimaste aastate kliiniliste uurimuste tulemused ja täheldused on tuberkuloosiprobleemi selgitamisele tähtsal määral kaasa aidanud. Kõige pealt on püütud selgitada küsimust, missuguseist kopsutuberkuloosi vormest areneb täiskasvanul kopsutiisikus, mis on praktilisele tuberkuloosi vastu võitlemisele kõige suurema tähtsusega ja inimese elule kõige kardetavamaks haigusvormiks. Kuni viimase ajani püsis üldiselt arvamine, et täiskasvanul kopsutiisikus algab kopsutipus, kus tekivad esmased piiratud mikrokoopilised tertsiarse tiisikuse pesakesed, mis levivad eks-tsentriliselt ja tsentraalse juustumise varal suurenedes täidavad kopsu tipuväljasid ja arenevad siit alalise proliferatsiooni teel kopsus edasi. 1890. a. töötas prantsuse kliiniklane Grancher kuni peensusini välja

kopsutiisikuse varased diagnostilised algsümptomid kopsutipus, mille põhjal hiljem Turban, jälgides kopsutiisikuse kliiniliste sümptomite järk-järgulist arengut apiko-kaudaalses sihis, esitas oma õpetuse 3 tiisikuse arenemisastmest ehk staadiumist. Kuni viimase ajani on Turban-Gerhardt'i 3 staadiumi jaotus aluseks olnud nii ravi ja prognoosi määramisel kui ka mitmesuguseile statistilisele tööle, mis pidid näitama õiget suunda ja rajama sihtjooni tiisikuse vastu võitlemise töös mitmesuguste abinõudega. Patoloog-anatoom, leides 90% lahangumaterjalis kopsutippudes fibroosseid muutusi nii tbk.-haigeil kui ka teistel juhtudel ja võib olla osaliselt kliinilise õpetuse mõjul, pidas nimetatud tipu muutusi tertsiarse tiisikuse esimesiks algesadeks, milliseist hiljem kas hematogeensel või bronhogeensel teel tbk.-protsess kantakse edasi alumistesse kopsuosadesse. Muidugi on patoloogil tegemist peamiselt muutunud seisundeiga kopsudes, ta näeb terminaalset lõppseisundeid raskel tbk.-haigel ja selle kõrval teistel surmajuhtudel armistunud latentseid muutusi kopsutippudes. Kogu tbk.-protsessi arengut ei näe ta mitte, vaid peab värskemaist muutusist vanemateni protsessi arengut rekonstrueerima, mis on seotud raskusiga ja võimaldab ekslikke oletusi.

Esmase tbk.-infektsiooni arengu jälgimisel selgus siis Parrot'i, Chon'i jt. uurimustest, et tuberkuloosne esmane pesa areneb neitsilikus organismis subpleuraalseis kopsuosades; sagedamini keskmises sagaras või ülemise sagara kaudaalses osas kaseosse pneumoonilise pesana, mille lähemad lümfisõlmed analoogiliselt spetsiifiliselt muutunud. Sellest esmasest tuberkuloosest pesast ei arene aga pea kunagi kopsutiisikus. Pirquet leidis edasi, et esmaselt infitseeritud organism muutub kiiresti tundlikuks tbk.-viiruse vastu (sensibiliseerub), ilmub allergiline reaktsioon.

Ranke, võttes aluseks R. Koch'i, Römer'i ja Pirquet immuun-bioloogilisi uurimusi, jälgis hiljem pato-morfoloogilisi muutusi kopsuhiiluseis ühenduses tbk.-protsessiga kopsus eneses ja leidis, et organism enne kui temas võib areneda isoleeritud organitiisikus, peab läbi käima kahest omapärasest allergilisest seisundist ehk staadiumist. Sellest — Ranke 3 staadiumi (allergia) õpetus. Ranke järele areneb isoleeritud organi tiisikus, ehk n. n. tertsiarne tiisikus pärast seda, kui organism on jõudnud III allergilisse ajajärku, mis tähendab relatiivse immuunsuse faasi ja milleni organism jõuab pärast seda, kui ta on läbi teinud kaks esimest allergilist staadiumi neile omapärase sklerotiseeruva (I staadium) ehk ekssudatiivse (II staadium) allergia vormega ja tüüpiliste pato-morfoloogiliste muutusiga, mida võib anatoomiliselt kindlaks teha. Ranke õpetus on aidanud tbk.-probleemi immuun-bioloogiliselt selgitada; ta on meid õpetanud pato-morfoloogilisi tuberkuloosseid muutusi kvalitatiivselt hindama ja on näidanud, et need muutused on tingitud organismi teatavaist pato-bioloogilisest seisundest, mis arenevad seal teatavas järjekorras. Aschoffi ja Nicoli kvaliteedi diagnostika ja dualistlik õpetus on hiljem Ranke süsteemi lihtsustanud, tunnistades ainult kahte staadiumi n. n. primaarinfekti ja reinfekti ajajärkusi. Reinfekt tähendab nende järele välist korduvat infektsiooni, mis lokaliseerub alati, vastandina primaarsele infektsioonile, kopsutipus ja areneb siit intrakanalikulaarsel teel apiko-kaudaalses sihis edasi ükskord produktiivseid atsinoos-nodoosseid pesi tekitades, teine kord laialdast eksudatsiooni esile kutsudes.

Juba algusest peale ei pooldanud paljud kliiniklased Grancher'i apikaalset tiisikuse arenemisõpetust. 1902. a. Bard ja selle järele Piéry

Prantsusmaal, hiljem W. Neumann ja Braeuning Saksamaal ei saanud täiesti pooldada kaseosse tertsiaarse tiisikuse apikaalset arenemisõpetust, kuna nad leidsid, et kopsutipus leidub sageli produktiivseid tbk.-muutusi, mis ei progresseeru ega kunagi kaseosselt ei lagune. Ümberpöörduvalt, olles healoomused, nad võivad täiesti paraneda või korduvalt siin retsitiveeruda, ilma et neist kunagi fibro-kaseosset tiisikust areneks. Põhjalikud Braeuning'i, Lydtin'i ja Kayser-Petersen'i poolt ette võetud kliinilis-statistilised uurimused on nüüd näidanud, et tõelikult kõigest varemalt diagnoositud n. n. tipukatarrest või varaseist tiisikuse vormest tipus ainult 7% juhtumist võis kindlaks teha kopsutiisikuse arengut. Ülejäänud juhud osutusid kas täiesti latentseiks või niivõrt healoomuliseks, et neist pole kliinilis-prognostiliselt kunagi mingisugust hädaohtu oodata. Viimase aja röntgenoloogilis-kliinilised võrdlevad täheldused näitavad, et ainult positiivsete perkussiooni ja auskultatsiooni andmete varal ei ole igakord võimalik varast kopsutuberkuloosi diagnoosida, vaid sel korral on tingimata tarvilikud kas positiivne bakterioloogiline leid või patoloogiline röntgenipilt. Ei või mitte ainult märgade räginate lokaliseerimise või hingamiskahina muutuse järele tbk.-protsessi oletada.

Albert Fränkel oli Saksamaal esimene, kes tunnistas röntgenoloogilise uurimismeetodi hädatarvilikuks kinniste kopsutuberkuloosi vormide kindlakstegemiseks, katsudes röntgeni abil haigusprotsessi kindlamalt lokaliseerida ja tema ulatust täpsamini määrata. Kliinilis-radioloogilisest uurimisest on nüüd teada kogu hulk n. n. sekundaarsesse tbk. arenemisfaasi kuuluvaid tipu-tuberkuloosi haigusvorme, mis tekivad arvatavasti osalt hematogeensel teel (*miliaris discreta, fibrosa densa*), või nende haigusvormide lõppseisundeid, nagu Simon'i poolt kirjeldatud tipu muutused, milledest on teada, et nad ei progresseeru ja neist ei arene kunagi isoleeritud tiisikust. Hart ja Braeuning on rea patoloogilis-anatoomiliste uurimuste põhjal näidanud, et endisil kauaaegsel sanatooriumi-patsiendil, kes olid end ravinud tiputuberkuloosi pärast pikka aega ja olid hiljem saadetud lahkamisele muil surmapõhjusil, polnud sageli võimalik kindlaks teha mingisuguseid tbk.-muutusi kopsutippudes. Sellest kõigest selgub, kui ettevaatlik tuleks olla kinnise varase tipu-tuberkuloosi diagnoosimisega. Radioloogiline uurimine on ka sääraseil juhtudel äärmiselt suure tähtsusega. Et üldse tõestada tiisikuse järk-järgulist arengut ülalnimetatud tiputuberkuloosi vormidest, oleks tänapäev tarvilik seeria röntgen-ülesvõtete abil seda näidata ja kindlaks teha. Niisugused seeria-ülesvõtted puuduvad tänini üldse. Ainult kliinilist tipu leidu ei saa siin aluseks võtta, kuna selle järele tänapäeva mõistetele vastavalt ei ole võimalik täpsalt patoloogilise protsessi iseloomu, staadiumi ega lokaliseerimise määrata. (Seda demonstreeritakse rea kliiniliste juhtude varal ühes röntgenogrammidega.)

Kuigi tänapäev osa patolooge (Gräff, Loeschke) pooldavad ikka veel kopsutiisikuse apikaalset arengut, siis on pea kõik kliinilised tbk.-uurijad nüüd arvamusel, et tertsiaarne tiisikus areneb koguni teisel

teel. Kuidagi viisi tiisikusele vastuvõtlikuks muutunud kopsus tekib esimene ftiisiline haiguspesa äkiliselt ja areneb seal hooti. Ilmub perifokaalsele põletikule sarnane äge infiltratsiooni pesa, mis võib asuda igalpool kopsus, kuid siiski sagedamini infraklavikulaarses piirkonnas. Redeker'i järele on selle intrapulmonaalse perifokaalse põletikulise infiltratsioonipesa tekkimine tingitud siiaamaale terve kopsukoe muutunud lokaalsest reaktsioonivõimest tuberkuloosse viirusega kokkupuutumise puhul. Ta nimetab seda infiltratsioonipesa varaseks infiltraadiks ja eraldab seda sekundaarsest perifokaalsest põletikulisest pesast, niisama ka n. n. hilis- ehk sõsar-infiltraadest, mis tekivad metastaatilisel juba täiel määral arenenud tertsiarse tiisikuse puhul. Tänapäeval on selle varase infiltraadi kohta väga palju kirjandust, mis käsitleb selle arengut ja tema saatust kõigekülgselt. Olgu tähendatud, et tuberkuloosseid infiltraate on õige kaua aega tagasi prantslased kirjeldanud. Esimene, kes aga käsitleb infraklavikulaarset infiltraati kopsutiisikuse algvormina ja juba 1923. a. seda põhjalikult radioloogiliselt jälginud ja kirjeldanud, on ameeriklane Wessler. Euroopas kirjeldasid seda pesalist haigusvormi kõige pealt Assmann ja Redeker (1925./26. a.) ja see on siin ka tuntud nende autorite uurimuste järele.

Kuigi tänapäev ehk varase infiltraadi tekkimistingimused on osalt problemaatilised, võib siiski kindlasti ütelda, et kõige sagedamaks põhjuseks, mis edustavad infiltratsioonipesa tekkimist, on esiteks vanade tubkpesade metastaseerumine ja teiseks väline tõeline reinfektsioon, millest tingitud uue haiguspesa tekkimine. Muidugi edustavad varase infiltraadi ilmumist veel mitmesugused teised momendid, nagu sisemised hormonaalse tasakaalu häired naistel puberteedi, menstruatsiooni ja puerperiumi aegadel, peale selle gripp, läkakõha, diabeet, võib olla koguni luueski. Mitmesuguseil ärritustoimel — päikevannidel, tuberkuliniseerimisel, reinfektsiooni ärritustoimel enesel on suur tähtsus nende uute pesade arengus.

Varase infiltraadi patoloogilisest anatoomiast ei ole tänapäeval palju ütelda, niisama on selle haigusvormi kliiniline sümptomatoloogia väga ebaselge ja puudulik. Kõige sagedamini ilmub ta pseudo-gripi kliiniliste nähtudega, mille puhul võib kindlaks teha kergelt leuk. vasemale poole nihkumist ja settereaktsiooni kiirenemist. Füüsikaline leid on väga vähene või puudub sageli. Kuid selle varase tiisikuse vormi edaspidine saatus on haigele enesele kõige suurema tähtsusega. Ta võib sageli iseenesest kaduda, jättes järele fibrosseid arme või aga kaseoosselt muutunud pesasid, mis ei tähenda veel alati paranemist ja pole seega obsoleteed. Neist võivad järelhood tekkida. Veel sagedamini näeme (Redeker'i järele 60% juhtudest), et varane infiltraat laguneb kiiresti ja sel kohal areneb varane tühik (kavern). Ka see varane tühik võib üksikul juhtudel võrdlemisi kiiresti kaduda, kuid sagedamini avab ta tee harilikule tiisikusele, lagunedes aspiratsiooni teel lähemasse ümbrusse ja sealt apiko-kaudaalses sihis järjekindlalt edasi.

Selle varase infiltraadi tundmaõppimine ja õigel ajal diagnoosimine

on saanud põhjaneva tähtsusega momendiks kliinilises kopsutuberkuloosi diagnostikumis. Kliinilised teadumused 4 viimase aasta jooksul näitavad, et varase infiltraadi õigel ajal diagnoosimisega ja vastava ravi määramisega suudetakse päästa suuremat osa haigeid, kelle saatus oleks võinud olla muidu kõige kurvem. Nii omab selle uue haigus-seisundi varane diagnoos tdk. vastu võitlemises ja profülaktikas kõige suurema tähtsuse ja tdk. vastu võitleja arsti tähtsam ülesanne seisab selles, neid varaseid tiisikuse algvorme õigel ajal diagnoosida ja ravida.

Ühtlasi on viimase aja kliinilised uurimused selgesti näidanud, et apikaalsel sümptomitekompleksil ei ole kogunistigi seda suurt tähtsust varase tiisikuse diagnostikas, nagu seda aastakümneid on arvatud. Muidugi ei taha ma igapäevases arstilises tegevuses eitada tipus leiduvate auskulatsioon- ja perkussioonimuutuste tähtsust. Neil jääb endiselt kopsutdk. diagnoosimisel oma suur tähtsus, kuid ainult juba arenenud kopsutiisikuse haigusjuhtudel, mitte aga kopsutiisikuse varases diagnostikas.

Õigel ajal ja õige indikatsiooniga tarvitusele võetud kollapsi ravi on andnud varaste infiltraatide korral kõige paremaid tagajärgi. Seda kinnitavad kliinilis-kasuistilised täheldused ja uurimused. Sotsiaaltervishoiu ülesandeks jäägu tulevikus kindlaks teha, kui suur on selle läbi terveks ja töövõimeliseks saanud kodanikkude arv. Selleks peavad kasuistika ja statistika nõuandlais käsikäes ja koos töötama.

Kõigest sellest on näha, et kliiniliste uurimuste tulemused on tdk. probleemi mitmeti selgitanud ja uusi sihtjooni selle diagnoosimiseks ja ravimiseks üles seadnud. Tõuseb küsimus, kas ei tuleks sellega ühenduses tdk. vastu võitlemisel senini tarvitusel olnud orientatsioone ja töömetoodikat revideerimisele võtta, ehk siin üht kui teist ümber korraldada. Kas ei lubaks uued kliinilised saavutused praktilist tdk. vastu võitlemist nüüd teatavas kindlamas suunas arendada, seadides selle puht arstilisi ülesandeid objektiivsemale ja kindlamale alusele.

Tänapäeva praktiline sotsiaaltervishoid käsitleb edukat tdk. vastu võitlemist kahes sihis. Ühelt poolt kasutatakse tdk. vastu võitlemisel täiel määral kõiki neid abinõusid, mida me tarvitame ja tunneme kõikide taudide vastu võitlemisel. Tuleb hävitada infektsiooniallikaid ja haigus-tekijajat, tuleb ravida kuni terveks saamiseni kõiki batsillidekandjaid, et ära hoida taudi levimist. Teiselt poolt arvatakse seda teed mitte tarvitada võivat, kuna tdk. on iseenesest ubikvitaarne ja seega paratamata haigus: 100% kõigist täiskasvanuist on tuberkuloosiga kokkupuutunud ja infitseeritud olnud ja sellepärast tuleks hoolt kanda selle eest, et see haigus tulevikus omaks heatahtlikuma iseloomu. Selleks soovitakse tarvitusele võtta vaktsinatsiooni, ravida kõiki haigeid, kõrvaldada raskemat infektsiooni ja haigust üldiste sotsiaaltervishoiuliste abinõudega. Arvestades viimaste aastate kliiniliste väga tähtsate uurimuste tulemusiga, tuleb seisukohta võtta eelpooltähendatud kahe võitlusviisi kohta, et selgusele jõuda, missuguses suunas meiegi peaksime juhtima oma organiseeritud tdk. vastu võitlemist. On ju selge, et mõlemad soo-

vitatud teed teine teist ei tarvitse lõppsihi saavutamisel segada ja vastava organisatsiooni juures üksteist koguni täiendavad. Küsimus seisab selles, missugust teed tuleb pidada teatavais piiratud tulunduslisis ja sotsiaalseis tingimuis töötama asuvale organisatsioonile paremaks ja kättesaadavamaks.

Vaadeldes meie praegust, prof. Schloßmann'i poolt väljatöötatud tbk. vastu võitlemise organisatsiooni kava, näeme et see on koostatud esimese eelpoolnimetatud põhimõtte järele. Meie organisatsiooni kavas omab kõige tähtsama koha kogu skeemis nõuandla, mille peamiseks funktsiooneks on isiklik ja haiguse profülaktika, diagnostika ja lõpuks ravi. Ta on tõeliseks algekohaks kogu organisatsiooni tegevuses. Eriti tuleb temas märgendada ühe funktsiooni puudust, mida eriliselt eeldavad teise põhimõtte pooldajad, nimelt hoolekande-funktsiooni laiemas ulatuses. Arvestades meie riigi tulunduslikkude ja sotsiaalsete elutingimusi ja teades, et meie riik ega seltskond ei suuda nii kultuurilisel kui ka puht tulunduslisel põhjusil lähemas tulevikus tõsta tunduvalt meie üldist sotsiaaltervishoiulist tasapinda tänapäev nõuetavale kõrgusele, tuleb teadlikult pooldada meil praegu tarvitusel olevat kava ja seda meie oludele igapidi otstarbekohaseks pidada. Meie üldine ja peamine siht on selle järele infektsioonipesade õigel ajal üles leidmine ja nende hävitamine peamiselt sel teel, et me katsuksime üsna varaselt kõiki batsillidekandjaid üles leida, neid õigel viisil ravida, mis annab varakult kõige paremaid tagajärgi, või raskemate juhtude eest nii hoolitseda, et nad oleksid ümbruskonnale kõige vähem hädaohtlikud. Selle ülesande tegelik ja sihikindel läbiviimine on aga ainult siis võimalik, kui kasuistika ja statistika töötavad üheväärselt edukalt. See on ka sotsiaalpoliitiliselt äärmiselt suure tähtsusega, kuna ainult selle läbi on võimalik töötlemusi õieti hinnata ja kindlaks teha selle tagajärgi. Meie tbk. vastu võitlemise töös, mis iseenesest algastmes, ei ole minu teada kuni siiani statistika peale mitte küllaldaselt rõhku pandud. Meil ei ole isegi tegelikult üldine tbk.-haigete registreerimine täiel määral läbi viidud ja sellega on iseenesest kavakindel ja edukas võitlus praegusel ajal võimatu. Esimeseks ja tähtsamaks tingimuseks, mis meie kava järele eeldab edukat ja järjekindlat tbk. vastu võitlemist, on tbk.-haigete ajakohane registreerimine, mis peaks toimuma meie tervishoiu-osakondade kaudu nõuandlas, kes võtab registreerimismaterjale oma tegevuse aluseks ja kasutab selleks statistilisi andmeid.

Kõige suurema tähtsusega on aga nõuandla ise. Ta peab olema sisse seatud vastavalt tänapäeva kliinilisile nõudeile ja tal peab olema võimalik kasutada oma diagnostilises ja osalt ka terapeutilises tegevuses kõiki neid abinõusid ja instrumentariumi, mis on tänapäev tuberkuloosi kliiniliseks uuringuks möödapääsemata tarvilikud. Me teame nüüd, et varaste tbk. vormide diagnoosimine ilma röntgeniaparadita on peaaegu võimatu. Nii ei tohiks praegusajal enam ükski nõuandla ilma röntgenita töötada. Niisama peaks iga nõuandla juures olema vastav laboratoorium, kus toimetatakse diagnostiliselt tarvilikumaid uuringuid. Nõu-

andla peaks diagnostiliseks otstarbeks kasutama peale varem tarvitusel olnud immuunbioloogiliste reaktsioonide ka settereaktsiooni ja leukotsüütidepildi uurimisi. Tbk. vastu võitlemise nõuandla tegevus läheb puht kliinilisest tegevusest eeskätt selle poolest lahku, et nõuandla arst puutub kokku palju laialisemate rahvakihtidega, kui kliiniklane. Ta leiab oma hoolealuste hulgas nii haigeid kui ka terveid ja võib aastate jooksul põhjalikumalt jälgida haiguse arengut tema mitmesuguseis vormes ja kõigis inimese eluigades. Sellepärast võib ja oskab ta paremini prognostiliselt hinnata üksikuid haigusvorme ja nende arenemisfaase, kui seda on võimalik teha kliinilise materjali põhjal. Nõuandla peab püüdma sinnapoole, et ta igal üksikul juhul võiks otse ära tunda selle arenemisfaasi, et vastavalt sellele võiks määrata õiglaselt inditseeritud ravi ja teha prognoosi. Veel peaks tänapäeva nõuandla kindlasti varustatud olema pneumotooraksi-aparaadiga, peamiselt sellepärast, et neile haigeile, kellel kollapsravi haiglais või sanatooriumes alatud ja seal olude sunnil pooleli jäetud, seda ravi võiks ambulatoorselt jätkata ja lõpule viia. See on hädatarvilik meil, kus suurem osa haigeid saavad vaevalt nõutava aja sanatooriumes viibida, kuna sageli just sellepärast haigeile kollapsravi jääb määramata, et olude sunnil see osutus võimatuks.

Et nõuandla suudaks täita kõiki eelnimetatud kliinilis-diagnostilisi ülesandeid, tuleb kõige pealt rõhku panna sellele, et nõuandla tuberkuloosi-arst ise oleks hästi kliiniliselt ja praktiliselt ette valmistatud. Ta peaks tuberkuloosi kõigis tema avaldusvormes põhjalikult tundma, et usaldust ja lugupidamist võita nii oma hoolealuste, kui ka praktiliste arstide keskel, kelle koostöö nõuandla-arstile suure tähtsusega. On tarvilik, et igas suuremas nõuandlas töötaksid tingimata 2 tbk.-hoolekande õde, kellest üks oleks visiteerija, teine kantselei ja laboratooriumitööde jaoks. Ainult niisuguse nõuandla sisseseade ja organisatsiooni korral oleks meie tbk. vastu võitlemise kavas ette nähtud edukas tegevus tänapäev võimalik ja ratsionaalne. Nõuandla on algekohaks kogu tegevusele. Ei ole see täiel määral funktsioonivõimeline, ei saa omale üldse ette kujutada süstemaatilist võitlust tbk. vastu meie kava järele.

Kõigest sellest selgub, et kõige suurema tähtsusega teguriks on meie süsteemis nõuandla tuberkuloosi-arst ise. Kuigi ta oleks omal alal hästi kliiniliselt-praktiliselt ja sotsiaalmeditsiiniliselt ettevalmistatud ja ta seisab täiesti oma ülesannete kõrgusel, ei saaks ta üksinda siiski edukalt ja tagajärjekalt töötada ilma kontaktita kõige pealt oma eriala kolleegiga ja üldse kõigi tegelikkude arstega, kellel kokkupuutumist tuberkuloosiga. Ma arvan, et tänapäev ei ole edukas tuberkuloosi-arstide tegevus ilma vastava puhtarstilise ühingu ellukutumiseteta enam võimalik. Tuberkuloosi kliinik on viimasel ajal suuri diagnostilisi kui ka terapeutilisi edusamme teinud; neid peab jälgima ja tundma iga tuberkuloosi alal tegutsev arst-praktik, niisama kui nõuandla-arst ise. Röntgenoloogiline uurimismetoodika, mis põhjaneva tähtsusega kopsutuberkuloosi diagnostikas, ei ole meie arstkonnale kuigi kättesaadav ja sellepärast on arusaadav, kui praktikas tuberkuloosi-arst ja tegelev arst üldse ei suuda

jälgida ega omandada uusi kliinilisi saavutisi tbk. alal. On tarvilik, et tbk.-arstid korraldaksid oma algatusel täienduskursusi, mille läbi oleks võimalik kõigil arstel tutvuda nende meetodeiga, mis tänapäev tarvilikud teada. Tbk.-arstide ühing peaks ka selle eest hoolt kandma, et kättesaadav oleks laialdane literatuur. Kõige rohkem on aga tbk.-arstide ühingu ellukutumine sellepärast tarvilik, et meil üldse puudub säärane organisatsioon, mis teeks tegemist otsekoheste tbk. vastu võitlemisesse puutuvate puhtarstiteaduslike, sotsiaalhügieeniliste ja kutselis-eriarstiliste küsimusiga. Vastava ühingu loomine täiendaks meie tbk. vastu võitlemise organisatsiooni ühe tähtsa liikmega, kelle tugevus võimaldaks kindlasti palju süstemaatilisemat ja edukamat tööd, kui see on praegu olnud.

**K o k k u v õ t e:** Kliinilisest ja statistilisest uurimisest on selgunud, et kopsu-tiputuberkuloos on harilikult healoomuse kuluga ja sellepärast ei tule neid haigusjuhte eeskätt mitte sanatooriumi saata, vaid neid tuleb silmas pidada ja nende haigusseisundit hoolega jälgida. Ainult aktiivseid tiputuberkuloose, kus kliiniliste sümptomite järele võib protsessi edasiarengut kindlaks teha, tuleb sanatooriumi soovitada.

Selle vastu tuleb varase infiltraadi peale, kui väga tõsise ja hädaohtliku tertsiarse kopsutiisikuse algvormi peale vaadata, mille kiire ravimine haiglas või sanatooriumis on tingimata tarvilik. Kuna varane infiltraat võib väga kiiresti laguneda ja seega kiiresti lahtiseks tiisikuseks muutuda, on tarvilik ja eduka tbk. vastu võitlemise seisukohalt väga tähtis, et niisugused varase infiltraadiga haigusjuhud võimalikult varakult üles leitakse. Selleks tuleks ette võtta lahtist tiisikust põdevate haigete lähema ümbruskonna süstemaatilist ja põhjalikumat uurimist kõigi tänapäev tuberkuloosi-kliinikus tarvitusel olevate uurimisvahendega ja iseäranis röntgenikiirtega. Selle teostamine on üks tähtsamaid tbk.-nõuandla ülesandeid lähemas tulevikus. Kõigi praktiliste arstide kaasabi on selleks tarvilik.

On tarvis tutvustada praktikut kõigi nende uuemate vaateiga ja uurimismeetodeiga, mis tänapäev tbk.-kliinikus tarvitusel. On tähtis, et praktiseerivad arstid saadaksid tuberkuloosi-nõuandlaises põhjalikumaks röntgenoloogiliseks ja kliiniliseks uurimiseks kõiki kahtlasi haigeid (korduvaid ja pikaleveninud gripihaigeid, hemoptoega või pleuriitidega haigusjuhte jne.).

On tarvilik, et tbk.-arstid ühineksid kõigi eelnimetatud ülesannete täitmiseks tuberkuloosi-arstide ühinguks.

Edukas tbk. vastu võitlemine eeldab kõige pealt tbk.-haigete üldist registreerimist nõuandlaises, mispärast tbk.-haigete registreerimine selle kaudu peaks olema sunduslik.

Eesti tuberkuloosi vastu võitlemise organisatsiooni kava on meie oludele täiesti vastu võetav ja kohane, sest ta näeb ette võitlust tbk. vastu tbk.-haige enese kaudu, ta on otsekohe võitlus.