

drevesu se vnetišča pozneje zacelijo z brazgotinami. Če ne pride do končnega ozdravljenja, ampak do oživitve (reaktivacije) obolenja, se stvarjajo nove bezgavčne bolezenske spre-) v sapnice in v pljučih povzročajo nove aspir izrecno poudarja, da je vsak primer aktivne g ravko. O tej podmeni neko tuberkulozno bez-

Predor bezgavk v o nastanku tuberkulozi okužbi v skrajni priprav še nabrekle bezgavke, domnevi, da je prav v dora v sapnice, pa ne

Druga podmena o Francije. Tako sta C z jetiko ni obvezno, c krvničke (makrofagi) p- nika ali večjih in manjših sapnic ter jih nato po mezgovnicah prenašajo v bezgavke, ki se zaradi tega primarno vnamejo; pljučna obolenja pa nastajajo šele sekundarno, in sicer iz hilusnih bezgavk. Podobno mnenje imajo v Franciji C o u r i l s k y in drugi. S kolikor mogoče natančno kontrolo so pri 71 bolnikih ugotovili, da tretjina teh pacientov ni niti klinično niti rentgenološko kazala primarnega afekta v pljučih, pač pa samo otekle hilusne bezgavke. Klasični primarni kompleks so videli le pri tretjini svojih bolnikov.

K tem trditvam bi pripomnili samo to, da je takšna primarna okužba sicer možna, da pa bržkone ni tako pogostna.

Za zaključek lahko rečemo, da je ftziogeneza važen del celotnega nauka o tuberkulozi in da je prav, če se z novejšimi nazori o nastanku sušice spoznajo tudi naše patronažne sestre, ki imajo dan za dnem opravka z jetiko.

Nekaj o našem delu pri besežiranju*

Med. s. Cirila Leskošek

Jeseni leta 1948 se je začela v Sloveniji prva množična, še kampanjska akcija zaščitnega cepljenja proti tuberkulozi. To akcijo je izvedla naša zdravstvena služba s sodelovanjem Rdečega križa in drugih množičnih organizacij ob vsestranski pomoči danske ekipe za besežiranje. Po letu 1949 je delo nadaljeval Center za besežiranje, ustanovljen pri Inštitutu za tuberkulozo na Golniku. Leta 1952 pa se je Ljubljana osamosvojila prva. Pri ljubljanskem Centralnem antituberkuloznem dispanzerju se je osnoval oddelek za besežiranje z dvema sestrama kot stalno ekipo. Mnogo preveč truda je bilo z urejevanjem kartoteke, ki so jo od prejšnjih akcij imeli na vseh mogočih mestih in po vseh mogočih zdravstvenih in nezdravstvenih ustanovah. Da, še danes dobivamo snope založenih kartotek. Ob urejevanju te kartoteke je bilo nešteto kartonov v dveh, treh ali tudi več izvodih. Z raznimi reorganizacijami in s povečanjem teritorija sta se področje in delo tega oddelka zelo razširila, zlasti z

* Predavanje v seminarju za dispanzersko strokovno osebje dne 14. IX. 1956 na Golniku.

novo ureditvijo Ljubljane po komunah. Način dela se je z leti menjal in po izkušnjah izpopolnjeval. Preden bi govorila o sami tehniki dela, bi še pripomnila, da so akcije BCG (izg. beseže) ponekod v Ljubljani, posebno v osrčju mesta, naletete žal na nerazumevanje in odpor, ki se še do danes, kljub predavanjem in člankom, ni polegel prav do kraja. Vzrokov je mnogo, eden prvih med njimi pa je nezanimanje zdravstvenega kadra ali celo njegov negativistični odnos. Delno velja to tudi za prosvetni kader, ki je pa v celoti boljši od zdravstvenega. V zvezi s tem oziroma zaradi tega se mora delo izvajati tehnično do pike natančno, prav tako tudi vse priprave, kot predavanja, pravi len stik s prosvetnim kadrom, natančnost in točnost v kartotečnem materialu in tako dalje.

Znano je, da je za določevanje alergije pred vsakim besežiranjem potrebno testiranje s tuberkulinom. Do nedavna smo delali perkutani Morojev preizkus tudi pri šolski mladini. Od leta 1953 pa se dela ta preizkus samo pri otrocih do treh let. Kadar je ta preizkus negativen, se naredi še intradermalni preizkus z Mtx I. (izgovarjaj mantú I.; po francoskem zdravniku Mantoux), pri katerem vsebuje 0,1 ccm tuberkulinske razredčine 1 tuberkulinsko enoto. Seveda pri novorojenčkih ni potrebno delati tuberkulinskih preizkusov, temveč takoj vakciniramo. Na to opozarjam, ker je iz dnevnih poročil o besežiranju vidno, da ponekod delajo pri novorojenčkih tuberkulinske preizkuse. Tehnika testiranja z obližem po Moróju je enostavna in za to ni potrebna posebna praksa. Potrebna so le točna navodila staršem. Kapljica tuberkulinske masti na obližu, ki ga prilepimo na kožo levega oprsja pod ključnico, zadostuje, da po 72 urah odčitamo rezultat. Obliž morajo starši odstraniti po 24 urah, toda mesto, kjer je bil obliž, se ne sme umivati. Koža, kamor prilepimo obliž, mora biti zdrava in čista, t. j. brez izpuščajev. Da smatramo reakcijo za pozitivno, morajo biti na mestu testiranja vsaj tri papule. Ne zadostuje samo ogled kože, temveč moramo tudi rahlo palpirati. Pri nejasnih primerih moramo gledati s povečevalnim steklom. Danes delamo pri vseh osebah nad tremi leti starosti le Mtx-teste, in sicer: najprej Mtx I, ako pa je le-ta negativen, še Mtx II. Ta način se je do sedaj izkazal kot najprimernejši in najzanesljivejši, vsaj za ljubljansko visoko zahtevno prebivalstvo. Mtx-test delamo med dorzalnim in volarnim delom levega podlakti, toda ne preblizu komolčnega sklepa. Paziti je treba, da injiciramo strogo intradermalno v velikosti 8 mm papule. Količine tuberkulina v brizgalki ne moremo meriti na mm, ker še tako dobra brizgalka pri vbrizgavanju zaradi močnega pritiska v medkožne plasti propušča del tekočine za bat brizgalki. Odčitavamo po 72 urah, nikakor pa ne prej. Reakcijo moramo meriti z milimetrskim merilom in mora obsegati najmanj 6 mm velik infiltrat, da jo smatramo za pozitivno. Od 0—6 mm se reakcija smatra za negativno kljub majhnemu infiltratu in eritemu, ki ga vidimo in otipljemo in ki je nastal zaradi travme kože po vbodu. Rdečica sama torej še ne pomeni pozitivne reakcije. Tudi za drugi test z Mtx II. je količina tuberkulina ista. Drugi test delamo vedno n a d prvim v razdalji 2 cm. Večkrat opazimo, da se po drugem Mtx-testu pokaže na mestu prvega naknadno pozitivna reakcija. Taka oseba je seveda že alergična, okužena z bacilom tuberkuloze, le reakcija je bila zapoznala. To se zgodi večkrat tudi po testiranju z Mtx I, da postane prejšnji negativen Moró naenkrat pozitiven in imenujemo to retrogradno reakcijo. Pri vseh večjih primarno pozitivnih reakcijah na Mtx, n. pr. v velikosti 10—14 mm ali celo več, napotimo prizadete osebe na kontrolni rentgenski pregled v dispanzer. V nekaterih takih pri-

merih se je že na ta način odkrilo tuberkulozno obolenje. Posebno pozornost je treba posvetiti osebam iz kontakta s tuberkuloznim bolnikom. Te osebe so včasih morda še v predalergični fazi in niso še sposobne reagirati na tuberkulinski preizkus. Takih primerov ne smemo takoj vakcinirati, temveč jih moramo po 6 tednih ponovno testirati. Šele tedaj se pokaže pravo stanje. Naj navedem primer: mati je zbolela za svežim tuberkulinskim procesom na pljučih. Pri enoletnem otroku, ki je bil takoj izoliran, smo napravili Morojev test, toda reakcija je bila negativna. Kljub temu da se je takrat cepilo takoj samo na Morojev preizkus, otroka nismo cepili, temveč smo ga rajši čez 6 tednov testirali ponovno. Sedaj je bila reakcija na ta preizkus, močno pozitivna, dokaz, da je bil otrok že prej okužen, toda pri prvem preizkusu še v predalergičnem stanju. Umrl je v bolnici za tuberkuloznim meningitisom.

Veliko pozornost moramo posvetiti samemu cepljenju. Cepimo v levo ramo, malo niže pod akromionom, strogo intradermalno. Papula naj bo velika 8 mm. Ako ne cepimo strogo intradermalno, se lahko dogodi, da zaide cepivo po limfnih poteh v bezgavke na vratu ali v pazduhi, ki potem otečejo in zahtevajo včasih celo dolgotrajnega zdravljenja. Na mestu cepljenja na rami se drugi dan naredi rdeča papula, ki kmalu izgine. Po treh tednih nastane majhen infiltrat, ki se ognoji (kar je normalno) in od koder se izceja gnoj, nakar se ranica zapre in zopet odpre. To traja individualno različno, od 3—6 mesecev in je popolnoma pravilno; kasneje po zacelitvi zapusti majhno brazgotinico. Besežiranci iz let 1948 in 1949 imajo precejšnje, izbočene brazgotine, ki so pogosto na neprimer- nih mestih rame. Tudi gnojenje je tistikrat trajalo dalj časa, verjetno zaradi sekundarne infekcije ali pa pregloboko injicirane vakuine, kar pri tempu tedanjega množičnega dela ni čudno. Kakor ne moremo vnaprej določiti dobo postvakcinalnega gnojenja, tako tudi ne moremo reči, kako dolgo bo trajala vakcinalna zaščita. Vse to je individualno. Po naših opazovanjih traja zaščita z našo vakcino največ 2 leti, ponekod in včasih celo samo pol leta. Take izkušnje imajo tudi nekateri vojaški zdravniki pri nas.

Imamo primere iz kontakta, ki jih moramo večkrat v odrejenih rokih besežirati, ker se kljub stalnemu kontaktu primarno ne okužijo. Iz tega vidimo, da posebna izolacija besežiranega kontakta ni potrebna. Po težavah in izkušnjah, ki smo jih imeli pri akcijah BCG v Ljubljani, lahko rečemo, da se je najbolj obneslo testiranje z dvema preizkusoma, pa naj bo to pri prvem cepljenju ali pri revakcinaciji. To se je zlasti izkazalo pri zadnji vakcinaciji visokošolcev, ko smo delali z jakostno vmesno (single) probo. Pri že vakciniranih, kjer je bila brazgotina vidna, smo testirali z Mtx I. v bližini brazgotine in dobili odstotek pozitivnih reaktorjev nekoliko večji kakor bi ga sicer, če ne bi dali cepiva v bližino brazgotine. Pri visokošolcih, ki so bili po tem načinu negativni, smo nato delali še Mtx II, ki je sedaj še v več primerih pokazal pozitivnost. Zato smo mnenja, da single test, ki je za delo sicer praktičnejši, za naše, predvsem ljubljanske razmere, ne zadošča, ker daje v premajhnem odstotku zaželene rezultate in so možnosti za neprilike večje.

Ves potrebni material za Mtx-teste naročamo pri Higienem zavodu v Zagrebu. Tuberkulinske razredčine se sicer drže en mesec, toda izkazalo se je, da so tem manj zanesljive, čim starejše so, in da njih vrednost že po prvih 15 dneh izredno hitro pada. Stekleničke moramo hraniti na temnem in hladnem prostoru. Isto velja za vakcino, le da traja ta samo 14 dni. Naročamo jo pri Higienem zavodu v Beogradu. Z naročilom materiala za Mtx-teste sicer ni težav, imeli smo jih pa že več z naročanjem vakuine, zlasti glede hitre in

pravočasne dobave, kar je zelo važno ob času akcij na terenu. Zato priporočamo, da se v času akcij naroča material brzojavno. Tudi je priporočljivo, da se vakcina večkrat bakteriološko kontrolira zaradi kratke obstojnosti in pa krajevne oddaljenosti.

Pri vsem testiranju in besežiranju pa ni važna le pravilna in natančna tehnika, temveč je velikega pomena tudi kartoteka, s katere je razvidno vse dosedanje delo pri posamezniku. Le na podlagi točne evidence in zapiskov lahko vakcinator ugotovi, ali je nekdo že bil kdaj besežiran in kolikokrat je bil oziroma ali je že bil primarno okužen. V nekaterih primerih brazgotina na rami ni vidna, ker je količina vakcine bila premajhna ali pa vakcine v steklenički pred uporabo morda niso dobro pretresli, kar je tudi važno. Pri osebah, ki so alergične že po naravni okužitvi in so v kartoteki označene kot primarno pozitivne, ni potreben pri ponovnih akcijah preizkus. In če kartoteka ni točna, tudi dnevna oziroma sumarna poročila ne morejo biti. Vzemimo akcijo iz let 1948—1949. Opazili smo, da so otroci, ki so bili zajeti po raznih ekipah, imeli dvojno kartoteko, kjer je bilo na eni zabeleženo, da so besežirani, na drugi pa, da so primarno pozitivni. Z leti smo pri našem delu prišli do zaključka, da se kartoteka najbolje in najtočneje vodi v sklopu protituberkuloznega dispanserja, ker je na ta način možna točna evidenca nad besežiranci in je v primeru morebitnih specifičnih obolenj ta dokumentacija posameznika zaradi terapije važna za lečečega zdravnika. Iz kartoteke je razvidno, kaj se je pri kom napravilo, in z lahkoto potem zavrremo morebitne pomisleke, češ: »Besežiran je bil, pa je zbolel,« ko na kartoteki vidimo, da je bil narejen samo preizkus, ki je bil pa pozitiven. S tem v zvezi je nujno potrebna zahteva, da se izdajajo pri vsaki akciji potrdila o izvršenem delu, pa naj gre za besežiranca ali za primarno pozitivnega. Opozoriti je treba starše, da te izkaznice dobro hranijo, ker jih bodo kasneje večkrat potrebovali, tako za akcije kakor pri ambulantnih ali dispanzerskih zdravnikih.

V referatu sem omenila težave, ki jih ima naš oddelek za BCG pri akcijah po šolah in pri mladini splošno. Pričakovali bi v mestu s pretežno večino meščanstva in inteligence več uvidevnosti in razumevanja, doživljamo pa ravno nasprotno. Razliko občutimo že med šolami v centru in periferijo mesta: tod poteka akcija skoraj brez kakršnih koli ovir, medtem ko je v centru mesta delo zelo otežkočeno. Izjave in potrdila z željo, da naj se ne besežira, prihajajo od vseh mogočih oseb, žal celo od zdravstvenega kadra, pri katerem bi pričakovali največ pomoči in podpore. Po tistih šolah, kjer prosvetni kader z razumevanjem in s pravnimi nasveti staršem aktivno podpira izvedbo akcije, nam je delo olajšano in je tudi rezultat odziva večji, s tem pa seveda tudi zaščita prebivalstva pred tuberkulozo. Nerazumljivo je, od kod pri zdravstvenem in prosvetnem kadru ta negativni odnos do besežiranja. Spričo tega tudi ne moremo pričakovati, da bi na zaželeno razumevanje naleteli pri starših in ostalem prebivalstvu. Tako so na dnevnem redu vsi mogoči izgovori, največkrat neutemeljeni in neupravičeni, dostikrat naravnost smešni, včasih pa izraženi celo v žaljivem tonu. Predavanja staršem in posveti z učiteljstvom pred posameznimi akcijami niso zalegli kaj prida, pri starših še celo ne. Do sedaj se sicer sankcije niso izvajale, razen v redkih primerih, toda sedanja navodila Sveta za zdravstvo LRS so že drugačna, seveda le za utemeljene primere, kadar prepričevanje ljudi z zadostno inteligenčno oziroma primerno profesionalno stopnjo ni zaleglo. Glede komplikacij, o katerih se vse pre pogosto govori, pripominjam, da

jih sploh ni bilo, ker dela ekipa skrajno obzirno in previdno.. Zato bi kakršne koli govornice v nasprotnem smislu bile docela neutemeljene.

Končno naj navedem še nekaj števil, iz katerih je razvidno delo ljubljanskega oddelka za besežiranje, in sicer od leta 1952 pa do danes. Skupno število planiranih je bilo 46 040 oseb. Od tega je bilo zajetih 34 043 ali 73,9%, pozitivnih je bilo 16 888, od katerih je bilo naravno pozitivnih 7089, negativnih 17 155 ali 50,39%, besežiranih je bilo 10 606 ali 61,82%. Pripominjam, da tu niso všteti primeri, ki jih pošiljajo dispanzerski in drugi zdravniki individualno zaradi diagnostike ali besežiranja, kar tudi znese že nekaj sto primerov.

Iz vsega tega vidimo, kolikšne važnosti je pravilna tehnika dela in točno vodenje kartoteke BCG. Le z natančnim in vestnim delom se bomo izognili neprijetnim posledicam, omalovaževanju akcij za besežiranje in tako polagoma preprečili tudi negativistične govornice, s čimer bo skupnost ogromno pridobila v borbi proti tuberkulozi.

O pravilni s

Čedalje očitnejša je in dopovedni slovenski dispanzerskega oddelka Inštituta seminarja tudi predavara

Ni prvič, da se na »stveni vestnik«, glasilo danes že pokojni Mirko se pokojnega nestorja s njamo, saj je s tega pod bi ga gotovo vesel. Saj je vse življenje z njemu lastno prizadevanjstvo in prizadetostjo stal na braniku za lepo in pravilno slovensko strokovno besedo in nam vsem kazal pot v pravo smer, stran od jezikovnih zablod, površnosti in jezikovne nemarnosti.

Njegovo dediščino je prevzela Slovenska akademija znanosti in umetnosti, ki v svojih strokovnih sekcijah oblikuje ustrezno strokovno besedje.

Če se preko znanih imen Homan — Plečnik — Černič — Košir — Hribar — Karlin — Pertl in drugih razgledamo po tem področju strokovno-jezikovne dejavnosti, se nujno vprašujemo, kje smo dandanes in da li nas popelje pot navkreber ali po tolikernih truda polnih prizadevanjih spet navzdol.

Takoj naj povem, da si dandanes ne prizadevamo več za to, da bi po vsi sili skušali kar zapovrstjo sloveniti strokovne terminuse. Ne ustavljamo se več, da bi tratali čas z iskanjem ustreznih oznamenovanj po starih besedjakih, z uvajanjem arhaičnih oblik v strokovno besedje, da bi oboroženi z njimi vsak s svojo malho presenetil in prelisičil svojega sobojevnika. Predvsem gre za pravilno jezikovno presojo novih potrebnih strokovnih izrazov; da li so tvorjeni pravilno po jezikovnih zakonih, da li so dopovedni, jasni in živi že ob rojstvu.

erski službi*

avstveni besedi, po čisti tje prizadevanje dispan-ko je uvrstil v program nzerski dejavnosti.

svoj čas doma »Zdrav-em je prihajal v goste ih dobrin. Prav je, da o tej priložnosti spomi-vo po njegovi smrti. Bil

* Predavanje v seminarju za dispanzersko strokovno osebje dne 14. IX. 1956 na Golniku.