

A. GYSELEN

Professor aan de Katholieke Universiteit te Leuven
Geneesheer-Directeur van de Universiteitskliniek Sint-Barbara
te Pellenberg

Ondervoorzitter van het Belgisch Nationaal Werk
tot Bestrijding der Tuberculose

DE TUBERCULOSE IS NIET OVERWONNEN

Rede uitgesproken op 24 juni 1965 te Gent
op de academische zitting ter gelegenheid
van de plechtige inwijding der nieuwe lokalen
van het Dispensarium der Afdeling Oost-Vlaanderen
van de Belgische Nationale Bond tegen de Tuberculose

LEUVEN
DRUKKERIJ E. WARNY
Vesaliusstraat, 2
1965

De tuberculose is niet overwonnen

Vele aanwezigen zullen zich de vraag stellen of het inwijken van een nieuw dispensarium op vandaag geen anachronisme is. Iedereen is immers overtuigd dat de tuberculose-ziekte in grote mate overwonnen werd. Het is voldoende bekend dat er op dit ogenblik in ons land minder personen sterven door tuberculose dan b.v. door verkeersongevallen. Ook verneemt men dat de sanatoria in alle landen ter wereld gedeeltelijk zijn leeggelopen of zelfs volledig tot andere doeleinden werden omgeschakeld.

De vraag rijst dan ook of het nog de moeite en de kosten loont om nieuwe lokalen in te richten voor een instelling die haar doel heeft bereikt en overbodig is geworden.

Het is mijn bedoeling u in deze uiteenzetting enkele gegevens te verstrekken, die zullen toelaten op deze vraag te antwoorden.

Welk is de huidige toestand in ons land in verband met de tuberculose? En welke zijn de vooruitzichten voor de nabije toekomst?

HOE VER STAAT HET MET DE TUBERCULOSE-ENDEMIE?

De twee voornaamste gegevens of parameters waaraan de betekenis van een infectieziekte kan beoordeeld worden, zijn het sterftecijfer (mortaliteit) en het ziektecijfer. Ieder van deze gegevens is evenzeer belangrijk, doch beide zijn niet noodzakelijk aan elkaar gebonden. Een bepaalde infectieziekte kan b.v. in zóver overwonnen zijn dat zij haast geen sterfte meer veroorzaakt, maar ze kan toch nog een probleem blijven stellen wegens haar grote verspreiding. De virusaandoeningen van de luchtwegen, beter bekend onder de benaming ver-

koudheid, veroorzaken vrijwel geen sterfte maar wel een zeer grote morbiditeit zodat ze de voornaamste bron blijken te zijn van absenteïsme in het arbeidsmidden en van schoolverzuim.

Wij moeten bijgevolg de toestand inzake tuberculose afzonderlijk beschouwen in verband met de mortaliteit en de morbiditeit. Tevens zullen wij ook enkele woorden moeten zeggen over een derde parameter, die een beeld geeft van de tuberculose-endemie, nl. de tuberculine-index. Hierdoor verstaat men het aantal personen in een bevolking die positief reageren op de tuberculine en die zowel de slachtoffers zijn van een tuberculose-besmetting als zelfs het uitgangspunt kunnen worden van nieuwe besmettingen. Wij komen hier dadelijk op terug.

1) *De mortaliteit.*

Het is ongetwijfeld op het stuk van de mortaliteit dat in de tuberculose de grootste vorderingen werden gemaakt. Bij het begin dezer eeuw bedroeg de jaarlijkse sterfte door tuberculose in ons land 170 per 100.000 inwoners. Het jongste voorlopig cijfer voor 1963 vermeldt 13,4 tuberculose-sterfgevallen per 100.000 inwoners. Deze meer dan tienvoudige daling is toe te schrijven aan verscheidene oorzaken: de vorderingen in de algemene hygiëne (woningbouw, voeding, betere werkvoorwaarden), de vroegtijdige diagnose van de ziekte (vooral door de ontdekking van de X-stralen en de toepassing van het bacteriologisch onderzoek van het sputum), de oprichting van sanatoria en dispensaria en — meer recent — de ontdekking en het veelvuldig gebruik van de nieuwe antituberculeuze geneesmiddelen, die de tuberculose hebben gemaakt tot een van de best geneesbare chronische ziekten.

Indien de mortaliteit door tuberculose in ons land sinds het begin dezer eeuw op indrukwekkende wijze gedaald is, hebben wij nochtans in lang niet een recordcijfer bereikt. Landen zoals Nederland, de Scandinavische landen, Engeland, Canada en de Verenigde Staten van Amerika, hebben veel lagere cijfers bereikt, vooral dan de eerstgenoemde. Zo b.v. bereikt Nederland de laagste tuberculose-mortaliteit ter wereld,

nl. per 100.000 inwoners 2,11 sterfgevallen in 1963 en 1,9 in 1964, d.i. bijna zevenmaal minder dan in België. Men kan het ook anders uitdrukken en zeggen dat wij op dit ogenblik het tuberculose-sterftecijfer bezitten dat Nederland twaalf jaar geleden kende.

Dit is bijgevolg reeds een eerste reden om geen vrede te nemen met de behaalde resultaten en te menen dat de strijd tegen de tuberculose in ons land gewonnen is.

2) De morbiditeit.

Wat de morbiditeit of ziekteverspreiding betreft, de tweede parameter waaraan wij de evolutie van de tuberculose-ziekte kunnen bestuderen, bezitten wij in ons land helaas slechts zeer approximatieve gegevens. Het is uiteraard niet gemakkelijk om op een bepaald ogenblik in een bepaald land met voldoende nauwkeurigheid het totaal aantal patiënten te kennen dat lijdt aan tuberculose. Immers, de tuberculose-ziekte is een chronische aandoening die over het algemeen slepend begint, d.w.z. dat veel personen reeds aan deze ziekte lijden vooraleer ze zich daarvan bewust zijn, zodat de diagnose soms pas gesteld wordt maanden of zelfs jaren na het begin van de aandoening. Gelukkig beschikken wij over een onderzoeksmiddel dat bijzonder doelmatig is. In de overgrote meerderheid der gevallen gaat de tuberculose zich nestelen in de longen van de patiënt (wanneer men over tuberculose spreekt bedoelt men gewoonlijk de longtuberculose, die trouwens ook vrijwel de enige besmettelijke is). Welnu, het onderzoek van de thorax met de röntgenstralen laat toe de tuberculoseletsels vast te stellen vanaf het begin van de ziekte, vooraleer de patiënt zich ziek gevoelt. Wil men tot een inzicht komen in het aantal personen dat op een zeker ogenblik, b.v. binnen de tijdspanne van een jaar, in een bepaalde gemeenschap aangetast is door tuberculose, dan zou het dus volstaan het röntgenonderzoek tijdens dit jaar op iedereen toe te passen. Dergelijke systematische röntgenopsporing wordt thans in alle landen ondernomen en heeft toegelaten een idee te krijgen over de *prevalentie* van de tuberculose, hetgeen betekent :

het procent van de bevolking dat op een gegeven ogenblik door tuberculose is aangetast.

Er zijn echter twee grote moeilijkheden aan dit onderzoek verbonden.

Vooreerst hebben de uitslagen van dergelijk onderzoek slechts waarde voor zover inderdaad de ganse bevolking onderzocht wordt of, indien dit onmogelijk blijkt, voor zover het onderzochte gedeelte representatief is voor de ganse bevolking. In dat opzicht laat de toestand in ons land nog veel te wensen over. Men neemt aan dat een campagne voor bevolkingsonderzoek geslaagd is wanneer ongeveer $2/3$ van de totale bevolking zich hiervoor aanbiedt. Men moet er immers rekening mee houden dat maximum 80 % van de totale bevolking in aanmerking komt voor dergelijk onderzoek, gezien zeer jonge kinderen, ouden van dagen, militairen en bedlegerige zieken zich uiteraard niet naar het onderzoek kunnen begeven. Welnu, in ons land biedt er zich tijdens de laatste jaren slechts ongeveer 25 % van de opgeroepen personen aan voor het systematisch röntgenonderzoek. Dit is een werkelijk bedroevend cijfer. De bekomen uitslagen zijn bijgevolg zeer onvolledig, zoveel te meer daar men mag aannemen dat tussen diegenen die zich niet aanbieden er een groter procent tuberculose-lijdens schuilgaat dan onder de onderzochte personen. Diegenen die hun ziekte kennen of vermoeden zijn immers vaak geneigd zich niet bekend te maken. De prevalentiecijfers die men door het systematisch röntgenonderzoek in ons land bekomt liggen ongetwijfeld aan de lage kant en moeten door een zeker coëfficiënt vermenigvuldigd worden wil men de werkelijke toestand kennen. De vraag is echter welk coëfficiënt.

Een tweede moeilijkheid bij de bevolkingsonderzoeken ligt in het feit dat men door een eenmalig onderzoek, het weze de radioscopie, het weze de thans meer en meer gebruikte radio-fotografie, niet bij machte is in ieder geval met zekerheid uit te maken of het letsel dat men vaststelt actief dan wel inactief is. Deze terminologie vergt een paar woorden uitleg. Men noemt « actief » een tuberculeus longletsel dat in ontwikkeling is en m.n. bacillen verwekt in het sputum, zodat het de gezondheid van de patiënt en die van zijn omgeving en van de gemeenschap bedreigt. « Inactief » noemt men een

letsel dat zich niet ontwikkelt of alweer uitgedoofd is en dat bijgevolg, op dat ogenblik althans, geen gevaar biedt voor het individu noch voor de omgeving. Het zijn vanzelfsprekend de gevallen van actieve longtuberculose die men moet kunnen vereenzelvigen en zo goed en zo snel mogelijk behandelen. De moeilijkheid is echter, zoals gezegd, dat het inactief letsel in veel gevallen niet van een actief letsel kan onderscheiden worden zonder aanvullende onderzoeken (tomografie, sputum-onderzoek). De moeilijkheid is ook dat het inactief karakter van een letsel niet noodzakelijk een stabiele eigenschap betekent, want zowel inactieve letsels kunnen actief worden, als omgekeerd. Vooraleer iemand echte longtuberculose ontwikkelt, vertoont hij dikwijls reeds sinds maanden of jaren kleine niet-actieve letsels op de röntgenfoto en, omgekeerd, na zijn genezing blijven er meestal littekens over die inactief geworden zijn, maar in sommige gevallen opnieuw tot ontwikkeling komen en aanleiding geven tot een recidive.

Deze beide moeilijkheden verklaren waarom het vrijwel onmogelijk is het prevalentiecijfer van de tuberculose nauwkeurig te bepalen, m.a.w. het juiste aantal personen te kennen dat op een gegeven ogenblik lijdt aan actieve, besmettelijke tuberculose en bijgevolg moet afgezonderd en behandeld worden.

Daarom houdt men in vele landen rekening met een ander aspect van de ziekteverspreiding en zoekt men niet alleen de prevalentie doch ook *de incidentie* te kennen van de tuberculose. Hierdoor verstaat men het aantal nieuwe gevallen van actieve tuberculose die in de loop van een gegeven jaar ontdekt worden. In de landen waar ieder nieuw ontdekt tuberculosegeval opgetekend wordt in de dispensaria of door de diensten van het Ministerie van Volksgezondheid, kan men zich een nauwkeurig beeld vormen van de incidentie en haar evolutie over een zeker aantal jaren. Zo stelt men b.v. vast in Nederland dat het aantal in de consultatiebureaus geregistreerde nieuwe gevallen van tuberculose, sinds 1949 van jaar tot jaar met ongeveer 10 % daalt. In 1949 bereikte men voor de longtuberculose en de overige Tbc-vormen samen het cijfer van 17.500, in 1963 nog 4517 en in 1964 nog slechts 3942. Daar echter ook in Nederland niet alle Tb-gevallen in een consul-

tatiebureau geregistreerd worden, zijn deze cijfers ongetwijfeld nog aan de lage kant.

Hoe is de toestand nu in ons land in verband met de tuberculose-prevalentie en -incidentie? Wij bezitten, zoals reeds gezegd, geen nauwkeurige gegevens op dit gebied, omdat enerzijds het systematisch bevolkingsonderzoek slechts ongeveer één vierde van de bevolking bereikt en de prevalentie-cijfers bijgevolg onbetrouwbaar zijn, en omdat anderzijds de dispensaria slechts een gedeelte van het aantal nieuwe tuberculoselijders registreren, terwijl de verplichte aangifte bij de gezondheidsinspectie door de meeste geneesheren verwaarloosd wordt.

De beschikbare fragmentaire gegevens laten nochtans toe aan te nemen dat de huidige prevalentie van de actieve longtuberculose minimum 2 per 1000 van de totale bevolking uitmaakt. Dit betekent dat ons land op dit ogenblik ten minste 20.000 patiënten telt met actieve, d.w.z. besmettelijke longtuberculose. Men mag ook aannemen dat de helft hiervan bekend zijn en behandeld worden. Een klein derde van deze 10.000 bekende patiënten zijn in de sanatoria gehospitaliseerd. De overigen worden hoofdzakelijk thuis behandeld. De andere helft van de 20.000 zijn voorlopig onbekend en bij hen zal de diagnose pas gesteld worden wanneer de ziekte uitbreiding heeft genomen. Naast deze ongeveer 20.000 gevallen van actieve longtuberculose, mag men schatten dat er inactieve Tbc-letsels bestaan bij 1 % van de bevolking. Dit betekent dat ongeveer 100.000 Belgen in de longen letsels vertonen die hetzij nooit actief geweest zijn, of die dank zij een voorafgaande behandeling opnieuw inactief geworden zijn. Een zeker aantal dezer inactieve gevallen (sommigen zeggen 2,5 % en per jaar) zullen nochtans vroeg of laat tot ontwikkeling komen en op dat ogenblik een besmettingsgevaar opleveren voor de gemeenschap.

Over het incidentiecijfer is in België, zoals gezegd, al even weinig gekend. Het aantal nieuwe gevallen met actieve longtuberculose dat in onze dispensaria geregistreerd wordt, schommelde tien jaar geleden tussen 7- en 8000 per jaar; het aantal tuberculose-gevallen, alle vormen samen, bedroeg ongeveer het dubbel. Het is echter duidelijk dat een zeer groot aantal

tuberculeuzen nooit een dispensarium bezoekt. Op dit ogenblik bedraagt het totaal aantal tuberculeuzen (actieve en geassimileerde gevallen) dat door de dispensaria van de Belgische Nationale Bond gecontroleerd wordt, ongeveer 14.000, maar ook dat cijfer geeft slechts een partieel beeld van de werkelijkheid. Voortgaande op allerhande fragmentaire gegevens en o.m. rekening houdend met het feit dat de mortaliteit door tuberculose in België ongeveer zevenmaal hoger ligt dan de Nederlandse en dat de t.b.c.-incidentie in Nederland, alle vormen samen, in 1964 nog ongeveer 4000 nieuwe gevallen bedroeg, menen wij te mogen aannemen dat er op dit ogenblik in ons land per jaar nog minimum 10.000 nieuwe gevallen ontstaan van actieve longtuberculose. Gezien wij zoëven besloten dat de prevalentie of het totaal aantal gevallen van actieve longtuberculose 20.000 bedraagt, betekent zulks dat de helft van deze gevallen binnen het jaar geneest en door ongeveer evenveel nieuwe vervangen wordt, die in de loop van het jaar tot ontwikkeling komen. Hoogst waarschijnlijk volgen de incidentie en de prevalentie een langzame daling van jaar tot jaar, maar hierover liggen in ons land geen precieze aanwijzingen voor.

3) *De tuberculine-index.*

Een derde parameter waaraan de evolutie van de tuberculose-endemie kan gevolgd worden is de tuberculine-index. Hierdoor verstaat men het aantal personen (in procent van de totale bevolking) die met de tuberculosebacil werden besmet. Het is bekend dat personen die geïnfecteerd werden, ook indien zij niet ziek worden, de tuberculosebacillen verder in hun organisme blijven dragen. Het gevolg hiervan is dat hun organisme overgevoelig wordt aan de tuberculine, d.i. een vloeistof die bepaalde bestanddelen van de Kochbacil bevat. Wanneer men bij deze personen tuberculine in of op de huid brengt, zal er een roodheid en zwelling ontstaan: de huid reageert positief. Het uitvoeren van deze huidreactie laat bijgevolg toe vast te stellen wie met de tuberculosebacil besmet werd. De tuberculine-index of het procent personen dat positief reageert in een gegeven bevolking, is aldus een

uitdrukking van de besmettingskansen die in deze bevolking bestaan.

Sinds het begin van deze eeuw is de tuberculine-index, evenzeer als de mortaliteit door tuberculose, in de ontwikkelde landen voortdurend gedaald. In 1914 reageerde 100 % van de Europese bevolking positief op de tuberculine op twintigjarige leeftijd. Op dit ogenblik reageren in ons land slechts ongeveer 40 % van de twintigjarigen positief. In Nederland is dit cijfer reeds tot 10 % gedaald. Kinderen van 14 jaar reageren in ons land gemiddeld in ongeveer 15 % van de gevallen positief; in Nederland slechts in ongeveer 4 % van de gevallen. Ook op het gebied van de tuberculine-index liggen de Belgische cijfers nog viermaal hoger dan de Nederlandse en heeft ons land nog een belangrijke achterstand in te lopen.

Uit de resultaten van tuberculine-resten bij groepen van verschillende leeftijden en in verscheidene landsgedeelten, mag men aannemen dat de Belgische bevolking, alle leeftijds-groepen samen genomen, voor ongeveer de helft bestaat uit positief-reagerenden. Welnu, dit is een zeer belangrijk feit. Wanneer wij zoëven gezien hebben dat de patiënten met actieve tuberculose zich ontwikkelen uit de groep van de personen met inactieve letsels, is het evenzeer waar dat de personen met inactieve letsels gerecruteerd worden uit de groep van diegenen die positief reageren op de tuberculine. Eenmaal Kochbacillen binnengedrongen zijn in het organisme (praktisch meestal in de longen), kunnen zij om het even wanneer en in veel gevallen soms pas jaren nadat de besmetting zich heeft voorgedaan, aanleiding geven tot de tuberculose-ziekte. De reden waarom uit een eerste besmetting, die helemaal zonder symptomen verlopen was, op de duur toch een actieve tuberculose tot ontwikkeling komt, is meestal niet gekend. Men weet dat factoren zoals het ras, de persoonlijke en familiale constitutie, bepaalde bijkomende aandoeningen en gebreken, zoals suikerziekte, maagoperaties, alcoholisme, roken, en ook voedingsstoornissen, overwerk, kommer en zorgen, een rol kunnen spelen.

Uit dit alles kunnen wij thans besluiten dat het tuberculose-probleem in ons land zeker nog niet opgelost is. Vooreerst is de mortaliteit nog niet gedaald tot de waarden die in andere

landen bereikt werden. Er blijft een zeer groot procent van de bevolking dat lijdt aan actieve vormen van tuberculose en besmettelijk is voor anderen. Ten slotte wijst het relatief hoog procent personen dat positief reageert op de tuberculine op een potentieel gevaar, omdat al deze personen kiemdragers zijn en een zeker aantal onder hen vroeg of laat ziek zal worden en aanleiding zal geven tot nieuwe besmettingswaarden. Er is bijgevolg nog volstrekt geen reden om de waakzaamheid te verminderen en om bepaalde middelen in de strijd tegen de tuberculose die in het verleden hun nut bewezen hebben, af te schrijven of te verwaarlozen.

HOE DE STRIJD TEGEN DE TUBERCULOSE VERDER DOORVOEREN ?

Ik wil in het tweede deel van deze spreekbeurt de middelen bespreken die op dit ogenblik het meest aangewezen lijken.

De uiteindelijke bedoeling is de Kochbacil volledig uit te roeien. De moeilijkheid is dat de Kochbacil zich niet, zoals bij andere infectieziekten het geval is (tyfus, cholera, pest), buiten het menselijk organisme ophoudt, en b.v. door hygiënische maatregelen in verband met drinkwater, voedselcontrole en dergelijke kan bestreden worden. De Kochbacil gaat rechtstreeks over van mens tot mens en de besmetting vergt zelfs een nauw contact in de tijd en in de ruimte tussen besmetter en slachtoffer. De bacil wordt uit de zieke longen opgebracht en bevindt zich in de vloeistofdruppeltjes die bij het hoesten, spreken, lachen, niezen in de lucht worden verspreid. Nadat het vloeistofdruppeltje is opgedroogd kan de Kochbacil nog enkele uren als een droog stofdeeltje in de lucht blijven zweven, doch zeer snel zal zij onder invloed van licht en droogte afsterven. Wil men de tuberculose uitroeien, dan moet bijgevolg de bacil in de long zelf van de patiënt zo gauw mogelijk onschadelijk gemaakt worden. De middelen die hiervoor ter beschikking staan zijn : de vroegtijdige opsporing en de diagnosestelling, het profylactisch toezicht over de patiënt (en zijn omgeving) en ten slotte zijn doeltreffende behandeling. Het is vooral in verband met de beide eerste middelen dat ik enkele woorden wil zeggen.

1) *De vroegtijdige opsporing.*

Wij hebben reeds vermeld dat alleen het radiologisch onderzoek van de thorax met zekerheid beginnende longtuberculose kan aantonen. Het klinisch onderzoek met behulp van de stethoscoop en ook de klachten van de patiënt: hoesten, fluimen, vermagering, koorts, nachtzweeten, geven pas inlichtingen wanneer de ziekte reeds uitbreiding heeft genomen en vaak reeds op de omgeving van de patiënt is overgegaan.

Een eerste vereiste in de strijd tegen de tuberculose blijft dus het opsporen van de ziekte door middel van het systematisch röntgenonderzoek van de grootst mogelijke bevolkingsgroepen en deze onderzoeken moeten liefst om de 2-3 jaar herhaald worden. Men heeft in bepaalde landen, b.v. in Nederland, aangetoond dat de tuberculose-prevalentiecijfers die men vaststelt bij dergelijke bevolkingsonderzoeken, van keer tot keer dalen indien men het onderzoek b.v. om de drie jaar herhaalt. Gebeurt het onderzoek slechts b.v. om de 8 à 10 jaar, dan blijven de cijfers nagenoeg ongewijzigd, omdat er zich ondertussen reeds tal van nieuwe gevallen ontwikkeld hebben. Het eventuele stralengevaar, waarover men de laatste jaren zo vaak sprak, is ongetwijfeld veel minder groot dan het gevaar onbekende besmettingsbronnen in de bevolking te laten voortbestaan.

In ons land werden onlangs, in het kader van het medisch schooltoezicht, de wettelijke bepalingen vastgelegd die het systematisch radiologisch onderzoek van de schoolkinderen verplichtend maken. Men kon zich hierbij de vraag stellen of het de moeite loonde systematisch alle kinderen aan een radiologisch onderzoek te onderwerpen, wanneer dan toch de meesten in deze leeftijdsgroepen nog tuberculine-negatief reageren en bijgevolg niet eens door de tuberculose besmet werden. Het is daarom volstrekt logisch, zowel om financiële als om medische redenen, dat de nieuwe reglementering alleen bij tuberculine-positieve kinderen het röntgenonderzoek oplegt. Daar nochtans ook niet-tuberculeuze longaandoeningen door het radiologisch onderzoek kunnen opgespoord worden, wordt ieder kind met negatieve tuberculine-reactie eenmaal

2) *De diagnosestelling.*

Het röntgenonderzoek van de thorax volstaat echter, zoals reeds beklemtoond werd, in veel gevallen niet om een diagnose te stellen. Het is niet steeds mogelijk op het zicht van de film met zekerheid uit te maken of het letsel dat men ziet al dan niet van tuberculeuze aard is en vooral of het actief dan wel inactief is. De vraag of het geval besmettelijk is en b.v. moet afgezonderd en behandeld worden, kan niet steeds zonder aanvullende onderzoeken worden beantwoord. Dit betekent dat de opsporing moet gevolgd worden door een nauwkeuriger diagnosestelling. Het is hier dat het dispensarium zijn volle betekenis krijgt. Uiteraard is het de ideale plaats om dit stadium van het onderzoek voor zijn rekening te nemen. Voorwaarde is natuurlijk dat het hiervoor voldoende uitgerust is. De Belgische Nationale Bond tegen de Tuberculose heeft deze eis sinds lang ingezien en is overgegaan tot de oprichting van een zeker aantal dispensaria die met een behoorlijk röntgentoestel en een tomograaf zijn uitgerust, en die beschikken over de mogelijkheden voor het bacteriologisch onderzoek van het sputum.

De dispensaria kennen echter op dit ogenblik een grote concurrentie, die een onrechtstreeks en ongewild gevolg is van de verplichte ziekteverzekering. De personen die zich bedreigd achten door tuberculose of tijdens een depistageonderzoek weerhouden werden, kunnen zich vrijelijk — en niemand denkt eraan aan deze vrijheid te tornen — en ook meestal kosteloos aanbieden bij een longarts, polikliniek of gespecialiseerde ziekenhuisraadpleging hunner keuze om tot een nauwkeurige diagnose te komen. Wanneer dan het dispensarium, zoals soms het geval is, minder goed uitgerust is dan bepaalde van deze geneeskundige cabinetten, begrijpt men dat het onder deze concurrentie gaat lijden.

3) *Het profylactisch toezicht.*

Velen vergeten echter dat het dispensarium nog een andere taak te vervullen heeft, die essentieel is in de strijd tegen de tuberculose en die vrijwel door geen andere instelling kan

overgenomen worden. Door zijn gespecialiseerde verpleegsters-bezoeksters die met de grootste zorgvuldigheid en waakzaamheid alle besmettingsbronnen opsporen, de afzondering ervan controleren en de omgeving geregeld oproepen voor onderzoek, vervult het dispensarium een profylactische rol die al te vaak door de concurrerende instanties (laten we ze zo verder noemen !) veronachtzaamd wordt.

Het is mijn overtuiging dat het dispensarium nog steeds geroepen is om een daadwerkelijke en in feite een onvervangbare rol te vervullen in het huidig stadium van de strijd tegen de tuberculose. Het is echter evenzeer mijn overtuiging dat twee voorwaarden hierbij moeten vervuld worden : vooreerst moet het aangepast zijn aan zijn functie en het moet kunnen wedijveren in medische competentie en in uitrusting met wat de patiënt bij de doorsnee longarts of in gespecialiseerde raadplegingen kan aantreffen. En vervolgens, er moet een intieme collaboratie tot stand komen met al diegenen die op een of andere wijze bijdragen tot de opsporing, de diagnosestelling en de behandeling van de tuberculose-patiënten. Over dit laatste punt wil ik even uitweiden.

Sinds jaren worden door het Belgisch Nationaal Werk tot Bestrijding der Tuberculose plannen gesmeed om provinciale comités op te richten, waarin alle instanties zouden gegroepeerd worden die een rol spelen in de strijd tegen de tuberculose : dispensaria, mutualiteiten, medische schoolinspectie, provinciale gezondheidsinspecteurs, fabriekartsen, sanatorium-dokters, privé pneumologen.

De bedoeling van dit opzet is, door confrontatie van alle inlichtingen en samenbundeling van alle inspanningen, een kadaster aan te leggen van alle tuberculeuze patiënten die zich in de provincie bevinden, en er zorg voor te dragen dat de afzondering van de besmettelijke gevallen en de controle van de omgeving vlot zou geschieden. Op deze wijze zouden de haarden van tuberculose-besmetting opgespoord en op kaart worden gebracht en alle maatregelen kunnen getroffen worden om de verspreiding van de ziekte tegen te gaan. Dergelijke provinciale comités waaraan in brede kringen een grote behoefte wordt gevoeld, vergen natuurlijk een volmaakte goede wil van allen die erbij betrokken worden. Het moet onge-

twijfeld mogelijk zijn deze uitwisseling van inlichtingen te verwezenlijken zonder ook maar aan de ons zo dierbare vrije keus en aan het beroepsgeheim afbreuk te doen. Wat bepaalde landen, die ons zijn voorgegaan in de strijd tegen de tuberculose, verwezenlijkt hebben door een gesalarieerde of genationaliseerde geneeskunde, zou in ons land door samenbundeling van het vrij initiatief moeten kunnen verwezenlijkt worden. Ik betreur het daarom persoonlijk ten zeerste en velen delen ongetwijfeld mijn mening, dat deze provinciale comités, waarvan reeds sprake in het Koninklijk Besluit van 21 maart 1961, nog niet tot uitvoering werden gebracht.

4) *De doeltreffende behandeling.*

Ik zou thans nog een woord moeten zeggen over het laatste middel in de strijd tegen de tuberculose : de behandeling van de patiënt.

De nieuwe antituberculeuze geneesmiddelen hebben het mogelijk gemaakt, dat alle recente gevallen van longtuberculose, ook de uitgebreide, wanneer zij van meet af aan oordeelkundig behandeld worden, tot volledige genezing gebracht worden. Statistieken van talrijke auteurs hebben dit bewezen. Het is hier de plaats niet om over de eisen van een oordeelkundige behandeling (in verband met de rustkuur en de toediening van de vereiste geneesmiddelen) uit te weiden. In de praktijk echter zien wij dat het gunstige resultaat lang niet altijd bereikt wordt. Vooral bij patiënten die thuis verpleegd worden zien wij maar al te vaak dat er fouten gebeuren door onvoldoende rust, onoordeelkundig gebruik van de medicamenten, onderbreking van de toediening, onvoldoende dosering, vroegtijdig afbreken van de behandeling.

Dit alles leidt tot mislukkingen en zeer vaak tot de ontwikkeling van resistente bacillen die door de klassieke geneesmiddelen niet meer kunnen bestreden worden. De meeste Belgische sanatoria zijn thans voor een groot deel bevolkt door deze chronische patiënten en recidivisten, wier genezingskansen duidelijk lager liggen dan die van de nieuwe gevallen. Het gevaar bestaat dat deze taaie kern, zoals men ze noemt,

van chronische en resistente bacillendragers nog voor vele jaren de tuberculose-endemie in ons land zal onderhouden.

BESLUIT

Het ogenblik is gekomen om deze uiteenzetting te besluiten. Ik meen dat de organisatoren van deze dag en de verantwoordelijken van de Belgische Bond tot Bestrijding der Tuberculose, die het op zich genomen hebben om in de hoofdstad van de provincie Oost-Vlaanderen nieuwe gebouwen in te richten voor het tuberculose-dispensarium, geen gevaar lopen nutteloos werk te hebben verricht. De strijd is zeker niet gewonnen en het einde ervan is volstrekt nog niet in het zicht. Het endemisch karakter van de tuberculose is weliswaar aan het verdwijnen bij de jeugd, maar zeker nog niet bij de oudere bevolking van ons land. Maar, zelfs wanneer de tuberculose haar endemisch karakter zal verloren hebben, wacht ons nog een nieuwe fase van de strijd. Het voorbeeld van landen zoals Nederland is daar om te bewijzen dat de tuberculose, naarmate haar verspreiding afneemt, meer en meer een epidemisch karakter aanneemt. Ieder nieuw geval van actieve tuberculose en vooral ieder geval uit de harde weerstandskern, met chronische en resistente letsels, kan bij een of andere gelegenheid aanleiding geven tot de besmetting van tuberculine-negatieve contactpersonen, wier aantal steeds groter wordt. Op deze wijze kan een epidemie losbarsten van nieuwe gevallen, die op hun beurt, indien ze niet tijdig ontdekt worden, weer anderen kunnen besmetten. En zo zal de kringloop nog vele jaren verder blijven draaien. Deze kringloop op zoveel mogelijke plaatsen door te hakken is de taak van de dispensaria en het is mijn vurige wens dat in deze gloednieuwe en schitterend uitgeruste lokalen de medische en verpleegkundige staf van het provinciale dispensarium van Oost-Vlaanderen hierin een vooraanstaande rol moge vervullen.
