

Aspects de la tuberculose au Centre antituberculeux de Genève au cours de ces dernières années¹

par P. Press et D. Posternak, Genève²

L'activité d'un organisme tel que le Centre antituberculeux de Genève (CAT) a passé par différentes phases depuis sa création voici plus de 50 ans. Une connaissance toujours plus approfondie de la maladie, les progrès de l'hygiène, puis de la thérapeutique lui ont imposé des devoirs nouveaux au prix d'une adaptation continuelle. C'est ainsi qu'à la phase héroïque de l'activité bénévole, où les conseils d'hygiène complétés par la distribution de crachoirs et de bons de nourriture représentaient, avec l'observation des malades, l'essentiel du travail du Centre, a succédé autour des années 1930 à 1935 une phase médicale, où le contrôle des malades devient de plus en plus strict grâce à des examens radiologiques régulièrement pratiqués, grâce aux insufflations de pneumothorax qui vont croissant, grâce à certaines méthodes thérapeutiques (auro- et tuberculinothérapie) d'efficacité limitée, mais d'autant plus impressionnantes qu'on était alors plus dépourvu. C'est ensuite le triomphe de la collapsothérapie sous toutes ses formes, pneumothorax en particulier, avec les contrôles répétés que cela implique (1940 à 1949 environ).

Depuis plus de 10 ans, la physionomie de notre activité a de nouveau totalement changé du fait de l'avènement de l'antibiochimiothérapie. Les traitements doivent être précoces. Ils débutent le plus souvent avant même que le malade soit hospitalisé. Ils doivent être prolongés, se poursuivant pendant des mois ou des années après la fin de la cure sanatoriale. Il existe enfin toute une série de traitements médicamenteux pratiquement indéfinis, dont le CAT a la charge: nous voulons parler des malades chroniques. Ces malades qu'on ne saurait prétendre guérir bénéficient pourtant de traitements qu'on ne peut leur refuser et dont la fin est double: les maintenir dans un état clinique et radiologique aussi favorable que possible, diminuer leur contagiosité autant que faire se peut. Ces cas posent en outre un problème social dont nous ne croyons pas qu'il soit déplacé de parler au cours de notre séance scientifique: c'est celui de leur occupation. Il nous paraît en effet clair que l'activité médicale du CAT ne s'achève pas avec le traitement et le contrôle des malades chroniques. L'occupation de ces malades représente, à n'en pas douter, tant sur le plan médical que psychologique et social, une des tâches essentielles auxquelles notre organisme doit vouer ses efforts.

¹ Communication présentée à la 39^e réunion scientifique de l'Association suisse contre la tuberculose, Genève, les 2 et 3 mai 1959

² Auteurs: Dr med. P. Press, privat docent, 15, rue Général Dufour, Genève
Dr med. D. Posternak, Centre antituberculeux, 19 rue Alcide Jentzer, Genève

Tableau I

Radiophotographie : Découvertes de tbc

Années	Nombre de radiophotos	Découvertes de tbc	%
1953	17 539	49	2,8
1954	22 067	64	2,9
1955	26 772	76	2,6
1956	24 553	100	4,07
1957	31 661	91	2,9
1958	31 071	36	1,2

C'est à l'illustration de quelques-uns de ces aspects de l'activité du CAT que nous voulons maintenant consacrer quelques instants.

La morbidité tuberculeuse à Genève, telle que nous la révèlent les examens radiophotographiques des collectivités, est la suivante pour les 5 dernières années :

La morbidité réelle est certainement plus élevée puisque la radiophotographie s'adresse à des collectivités souvent déjà bien contrôlées, pour lesquelles des examens d'admission stricts éliminent déjà toute une quantité de sujets suspects. D'autre part, les enfants et les adolescents constituent près de la moitié du nombre total des radiophotographies. Or à 15 ans, à peine plus d'un tiers d'entre eux sont tuberculisés et à 20 ans, même pas 50%. Par ailleurs – et c'est la conséquence de ce retard dans la tuberculisation – la *maladie* tend à devenir plus fréquente dans les groupes d'âge plus élevés et moins bien surveillés.

Si nous cherchons à évaluer la fréquence des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire tertiaire pris en charge par le CAT, par rapport au nombre total des personnes contrôlées médicalement par cet organisme, nous observons après une hausse de 1953 à 1955, une diminution du pourcentage des nouveaux cas au cours des dernières années, ainsi que le montre le tableau suivant :

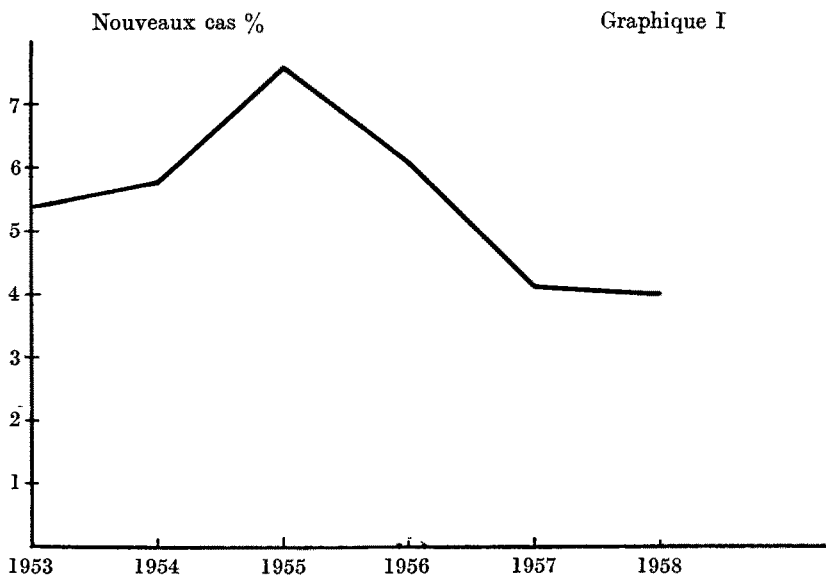
Tableau II

CAT : Tuberculose pulmonaire tertiaire

Années	Total des cas du CAT	tbc tertiaire	%
1953	1 468	79	5,4
1954	1 391	81	5,8
1955	1 114	84	7,6
1956	1 296	79	6,1
1957	1 228	51	4,1
1958	1 221	49	4

Précisons que ces nouveaux cas ne concernent que des malades entièrement pris en charge par le CAT, à l'exclusion des malades qui nous sont adressés par des médecins privés en vue d'un placement sanatorial ou pour tout autre motif. Il y a là une cause d'erreur qu'il ne faut pas négliger dans l'évaluation de la morbidité du groupe considéré, cause d'erreur qui est en somme l'inverse de ce que nous avons vu tout à l'heure pour les examens radiophotographiques. En effet, les malades dont le CAT s'occupe entièrement sont des malades non assurés ou qui tout au moins ne sont pas assurés pour les soins

C. A. T.



médicaux et pharmaceutiques. Il en résulte que bon nombre de ces sujets sont, ipso facto, des malades âgés, l'assurance-maladie étant dans notre canton plus répandue dans les classes d'âge jeunes que plus tard. Les chiffres que nous apportons ne sauraient donc prétendre à traduire la morbidité tuberculeuse exacte de la population prise dans son ensemble, pour cette autre raison encore que nous voyons au CAT nombre de gens vivant dans l'entourage de malades. Or, comme l'un de nous l'a montré en 1949 et comme le Dr Kaufmann l'a rappelé dans son rapport présidentiel de 1958, on trouve dans ces conditions plus de malades que dans l'ensemble de la population.

Le tableau III nous donne l'image de la tuberculose pulmonaire tertiaire active, telle qu'elle se présente au CAT en 1958, à l'exclusion des primo-infections et des tuberculoses secondaires (pleurésies et tuberculoses extrathoraciques) dont le mode de recrutement de nos malades ne nous permet pas d'avoir une vue d'ensemble valable.

Il est intéressant de remarquer au sujet de ces tableaux que si les nouveaux cas pris en charge au cours de l'année 1958 sont surtout groupés entre 30 et 49 ans, la majorité de tous les cas suivis pendant cette année, se situe entre

Tableau III

CAT : Tuberculose pulmonaire tertiaire active

Anciens cas

Age	10 à 29		30 à 49		50 à 69		70 et +	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
<i>lère atteinte</i>								
BK = 0	5	7	13	18	9	7	3	3
BK = +	0	0	3	2	0	1	0	0
<i>Rechutes</i>								
BK = 0	1	1	5	2	4	4	2	1
BK = +	0	1	1	2	1	2	0	0
<i>Chroniques</i>								
BK = 0	0	0	6	3	20	11	5	4
BK = +	0	0	1	0	10	0	4	1
<i>Total</i>	6	9	29	27	43	25	14	9

Tableau III a

CAT : *Nouveaux cas*

Age	10 à 29		30 à 49		50 à 69		70 et +	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
<i>lère atteinte</i>								
BK = 0	1	4	8	5	6	2	2	3
BK = +	3	1	2	0	2	0	1	0
<i>Rechutes</i>								
BK = 0	0	0	0	1	1	0	0	0
BK = +	0	0	1	0	0	0	1	0
<i>Chroniques</i>								
BK = 0	0	0	2	1	1	0	0	1
BK = +	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Total</i>	4	5	13	7	10	2	4	4
<i>Total général</i>	10	14	42	34	53	27	18	13

50 et 69 ans, en raison surtout de la prédominance des cas chroniques au-delà de la cinquantaine. Nous aurons l'occasion d'y revenir tout à l'heure. La tuberculose pulmonaire que nous voyons au CAT est donc une maladie de gens âgés, et principalement d'hommes au delà de la cinquantaine.

En ne considérant que les tuberculeux chroniques, nous obtenons les chiffres suivants : (tableau V).

Tableau IV

CAT : Tuberculose tertiaire

Résumé

	♂	%	♀	%	Total
Jusqu'à 49 ans	52	52	48	48	100
50 ans et +	71	64	40	36	111

Tableau V

CAT : Cas chroniques

	♂	♀	Total
Jusqu'à 49 ans	9	4	13
50 ans et +	40	17	57
60 ans et +	24	10	34

Chez nous comme ailleurs, la tuberculose chronique est une maladie qui intéresse principalement l'homme âgé de plus de 50 ans. Au-delà de 60 ans la prédominance masculine est encore plus accentuée : 24 hommes sur 34 malades.

Parmi ces malades chroniques, plus du tiers (26) pourraient être occupés dans un atelier spécialisé. Pour le moment, nous pouvons offrir du travail à une douzaine d'entre eux environ. Il est clair que nous devons nous efforcer de faire travailler tous ceux qui le peuvent, car l'inactivité représente pour ces malades une condition qui ne peut que contribuer à aggraver leur état et à développer en eux le penchant à l'alcoolisme qui est une des causes, le plus souvent, et parfois aussi, une des conséquences de leur maladie.

Nous avons essayé d'établir la fréquence des rechutes au cours des 6 années passées. Nous voyons que par rapport au nombre de sujets ayant passé par

Tableau VI

CAT : Rechutes

Années	Total des cas	%
1953	73	5
1954	56	4
1955	41	3,6
1956	(22)	
1957	43	3,5
1958	31	2,5

C. A. T.

Rechutes %

Graphique II



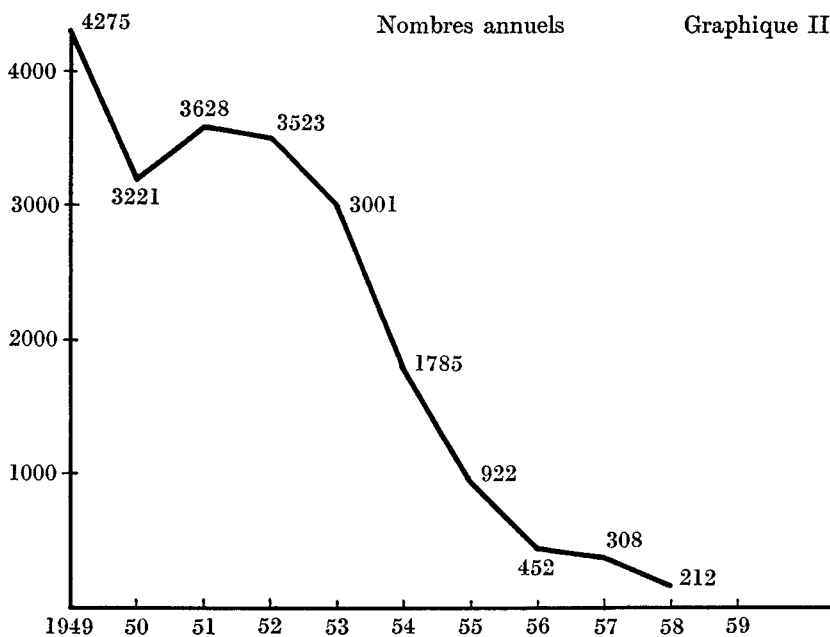
le Centre antituberculeux, la proportion des rechutes tend à décroître lentement, mais régulièrement.

On peut très vraisemblablement mettre cette régression en rapport avec l'intensification et surtout la prolongation de l'antibio-chimiothérapie.

C. A. T.

Insufflations de Pneumothorax
Nombres annuels

Graphique III



Quant à la thérapeutique, son évolution est illustrée par le tableau suivant qui inscrit en quelque sorte en négatif les méthodes qui se sont substituées au pneumothorax. Si on considère le nombre des insufflations au cours des années successives, la chute est impressionnante.

Les quelques remarques que nous venons de faire ne visent pas à l'exactitude de statistiques mathématiquement analysées. Il s'agissait simplement dans notre esprit de montrer quelques-uns des problèmes qui se posent aux organismes antituberculeux en raison de l'allure actuelle de l'endémie tuberculeuse dans notre région. Certes, il semble bien que l'endémie tuberculeuse régresse comme le montre un certain nombre de signes convergents: retard dans l'âge de la tuberculisation, lente diminution des cas dépistés par la radiophotographie, diminution du nombre de nouveaux cas actifs pris en charge par le CAT, diminution du nombre des rechutes. Mais il reste un problème grave et difficile, c'est celui de la tuberculose de l'homme de plus de 50 ans chez qui se conjuguent l'infection bacillaire, le tabagisme et surtout l'alcoolisme, pour transformer la tuberculose, maladie aujourd'hui essentiellement curable, en une affection chronique incurable.

Zusammenfassung

Die Autoren diskutieren einige Probleme, welche im Zusammenhang mit dem gegenwärtigen Verlauf der Tuberkulose-Endemie in unserer Gegend an die Tuberkulosefürsorgestellen herantreten. Die Tuberkulose-Endemie scheint im Rückgang zu sein, wie es aus einer Reihe übereinstimmender Punkte ersichtlich ist: Späteres Auftreten der Sensibilisierung auf Tuberkulin, langsames Abnehmen der Fälle, welche durch das Schirmbild entdeckt werden, Zurückgehen neuer aktiver Fälle, welcher sich das CAT (Tuberkulosefürsorgestelle in Genf) annehmen muß, Abnahme der Rückfälle. Ein ernstliches und schwer zu lösendes Problem jedoch bleibt bestehen: Die Tuberkulose beim Mann von über 50 Jahren, bei welchem oft durch bazilläre Infektion, Tabak- und Alkoholabusus die Tuberkulose, welche heutzutage eine in den meisten Fällen heilbare Krankheit ist, in ein unheilbar chronisches Leiden verwandeln.

Résumé

Les auteurs étudient quelques-uns des problèmes qui se posent aux organismes antituberculeux en raison de l'allure actuelle de l'endémie tuberculeuse dans notre région. Certes, il semble bien que l'endémie tuberculeuse régresse comme le montre un certain nombre de signes convergents: retard dans l'âge de la tuberculisation, lente diminution des cas dépistés par la radiophotographie, diminution du nombre de nouveaux cas actifs pris en charge par le CAT, diminution du nombre des rechutes. Mais il reste un problème grave et difficile, c'est celui de la tuberculose de l'homme de plus de 50 ans chez qui se conjuguent l'infection bacillaire, le tabagisme et surtout l'alcoolisme, pour transformer la tuberculose, maladie aujourd'hui essentiellement curable, en une affection chronique incurable.