

Tidligere i Tidsskriftet

Tuberkulose før og nu

Den stigmatiserende folkesykdommen svindsott, phthisis eller tæring har ofte vært viet spalteplass i Tidsskriftet. Artikler fra 1955 og 1975 gir et historisk, epidemiologisk perspektiv, men også innblikk i behandlingsmetoder og hva som ble regnet som høyst nødvendige, forebyggende tiltak.

«Dødeligheten av tuberkulose er i de senere år gått relativt raskere tilbake enn noen gang før,» konstaterte Otto Galtung Hansen for drøyt 50 år siden. Hans forehavende var å beskrive tuberkulosesituasjonen etter masseundersøkelsene og vaksinasjonsprogrammet som ble iverksatt i Norge etter den annen verdenskrig. *Tellinger av pasienter i sanatorier, tuberkulosehjem og sykehus viste tendenser i utviklingen:*

Pr 1/12 1946 var det i alt 6087 tuberkuløse, derav 5488 lungetuberkuløse under forpleining i anstalt. Syv år senere var tallet 4852 resp. 4281, en reduksjon på 20 resp. 22 %. En beregning av antall hospitaliserte tuberkuløse i forhold til folkemengden i det fylket de hører hjemme, viser den uforholdsmessig sterke belastningen for Nord-Norge. Fra Finnmark svarende til 436 pr. 100 000 innbyggere mot 153 gjennomsnittlig for riket og mindre enn 100 for flere Østlands-fylker.

Mens det i 1946 var 3 833 meldte nye tilfeller av smitteførende lungetuberkulose og 1 665 dødsfall, viser forfatteren at de tilsvarende tall var 2 325 og 561 dødsfall i 1952.

Gjennom slutten av forrige århundre økte dødeligheten til et maksimum på 31 pr. 10 000 innbyggere i 1895–1900. Nå er dødeligheten fra 1947 til 1952 sunket til 2,0 pr. 10 000 innbyggere. Nedgangen har vært sterk i alle deler av landet. Det har vært betydelig større i de yngre årsklasser enn i de eldre. Den ungdomstopp som tidligere var så karakteristisk for tuberkulosedødeligheten, er forsvunnet.

[...] Denne forrykning av forholdet mellom sykdom og dødelighet må tas som uttrykk for bedring av tuberkuloses prognose og i første rekke tilskrives kjemoterapien, herunder også dens betydning for utvikling av thoraxkirurgi. Det var fra 1948–49 tilførselen av streptomycin og PAS gjorde alminnelig anvendelse av disse midler mulig. De nye behandlingsmetoder har iallfall primært redusert letaliteten av tuberkulosen, mest for de yngre aldersgrupper.

Massevaksinasjonen som begynte i 1947, var konsentrert til aldersgruppen 14–25 år. Nær 800 000 vaksinasjoner ble de neste fem år meldt til det sentrale BCG-laboratoriet. Ca. 1,2 mill. personer over 14 år ble tuberkulinprøvd i tilslutning til Statens skjerm-billedfotografering:

[...] Tuberkulinundersøkelser for 16 fylker viste ca. 1/3 negative. En kan derfor antagelig regne med at ca. 2/3 av den voksne befolkning er tuberkuløst infisert.

«Det er nødvendig å opprettholde og utbygge videre det forebyggende tuberkulosearbeid, diagnosestasjonene ikke minst,» anfører forfatteren. Dessuten må det sosialmedisinske arbeid for de tuberkuløse rekonvalesentene innta en bredere plass, konkluderer han.

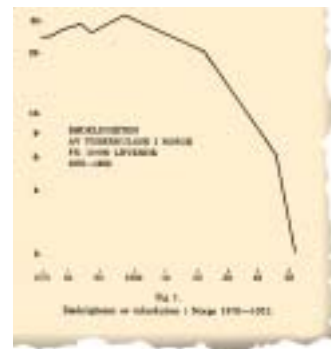
Innvandring

Aksepterer vi teorien om en stor bølge i det 19. århundre, må vi spørre: hvorfor kom den ikke før? Representerer bedring av kommunikasjonene, med utbedring av smitten forklaring, god nok? For levekårene ble vel ikke stort sett dårligere? Man kan imidlertid ikke nok understreke hvorledes mangelen på leger, lavt folketall, avstengthet og svær dødelighet av akutte infeksjonssykdommer kompliserte mulighetene for i det hele tatt å ha noen mening om disse tingene.

Slik ordla Hans Jacob Ustvedt seg i 1975. I et eget temanummer dette året valgte redaksjonen å gjengi samtlige foredrag i universitetets tuberkulosekurs fra høsten før. Riktignok kunne Trygve Wessel-Aas, professor og lungelege ved Rikshospitalet, fastslå at den medikamentelle terapi hadde «feiret store triumfer» siden 1950:

Effektiv kombinasjonsbehandling i riktige doser gjennom tilstrekkelig lang tid helbreder praktisk talt alle forløpsformer. Dette er en medvirkende årsak til sykdommens gledelige og sterke tilbakegang.

Men fortsatt var det «et betydelig smitte-reservoar i befolkningen». Det var også «fare for at tuberkulosen kan bli neglisjert i konkurranse med de øvrige lungesykdommer». Med tanke på de yngre legegene-



Den ungdomstopp som tidligere var så karakteristisk for tuberkulosedødeligheten, er forsvunnet, konstaterte Otto Galtung Hansen i Tidsskriftets utgave fra mars 1955.

rasjoner var det på sin plass å gi sykdommen oppmerksomhet over 62 sider. Hans Jacob Ustvedt, indremedisineren som ble kringkastingssjef i 1962, satte søkelys på de sosioøkonomiske faktorer som drivkrefter til tuberkuloses nedgang, selv om legestanden var uvant med å tenke i sosialpolitiske baner:

I forbindelse med tuberkuloseloven (1900) nevnes krav om god og tilstrekkelig ernæring, sunne boliger, god hygiene, forhindring av overarbeid, fare ved visse beskjeftigelser. Tall for de sosiale vilkårs innflytelse fikk man fra Kristiania Sundhedskommission, som i 1901–1910 fant en dødelighet av lungetuberkulose på 0,81 pr. 1000 i vestkantstrøket Frogner mot 2,89 i Grønland på østkanten.

Forfatteren beskriver veien gjennom det store kildematerialet om tuberkuloses historie som en «via dolorosa». Han minnet også om mulige skadevirkninger av forskjøvet smittetidspunkt fordi de som «unngikk Charybdis i barneårene dermed falt i Scylla i ungdomsårene».

Milepeler i perioden er innføring av omfattende BCG-vaksinasjon og skjermbildefotografering (loven av 12/12 1947). Karakteristisk for periodens tuberkulosepolitikk har vært våkenheten for endringer i situasjonen og behovet for å legge om virksomheten etter hvert. EDB er bragt inn som et hjelpemiddel, ikke som noen trusel, likeledes kostnad-/nytte-tankegangen og epidemiologiske modeller.

Vi kan i dag regne med et reservoar på over en halv million spontant tuberkulin positive individer, de fleste i eldre aldre, som teoretisk tenkbare utgangspunkt for reaktivering. I 1990 skal vi ennå ha om lag 300 000 igjen. Selv om den store tuberkulosebølgen i Norge nå ser ut til å ebbe helt ut, kan man ikke se bort fra muligheten av nye bølger. Skulle levekårene endres drastisk i ugunstig retning, kan vi få reaktivering med eventuelt økte smittemuligheter. Skulle oljepolitikk og/eller andre dyptgripende endringer i vårt næringsliv føre til innvandring av fremmedarbeidere i virkelig stor målestokk fra land med høy tuberkulosefrekvens, kan vi risikere økt smittetrekvens. Slikt er da, som så meget av helseforholdene, i siste instans politiske spørsmål.