

HOOFDSTUK IV HET DIENSTBEToon IN BELGIË EN ELDERS

“Het leven is een aaneenschakeling van veranderingen. Dit van het Instituut ontsnapt niet aan deze regel”

P.G.Janssens – hulde aan
A.Dubocage en J.Van Riel.¹

Het Instituut voor Tropische Geneeskunde is een instelling van universitair niveau, waarvan de taken bestaan uit onderwijs, onderzoek en dienstbetoon op wetenschappelijk vlak. Dienstbetoon met louter menslievende doeleinden, zoals humanitaire tussenkomsten, noodtoestanden of bijstand die uitsluitend de onmiddellijke verbetering van een zieke of noodlijdende bevolking beoogt, behoort hier niet bij. Herhaaldelijk hebben de evaluaties van de laatste jaren gewaarschuwd tegen ontwikkelingen die te ver gingen in de humanitaire richting, waarbij het wetenschappelijk aspect riskeerde ondergeschikt te worden of te verdwijnen.

Ruimer bekeken zijn echter alle activiteiten van het Instituut gericht op het voorkomen en genezen van ziekten en uiteindelijk op het verbeteren van het lot van de bevolking zowel in eigen land als elders met nadruk op tropische streken en ontwikkelingslanden. Alle tussenkomsten gaan min of meer rechtstreeks bijdragen tot dit uiteindelijk doel, door het wetenschappelijk onderzoek door de verbetering van de opleiding van het medisch, paramedisch en veterinaire personeel, door betere organisatie van diensten, door meer precieze diagnose, door het ontwikkelen van geneesmiddelen steeds beter aangepast aan de plaatselijke voorwaarden e.d.

Alle departementen en diensten van het Instituut zijn hierin in wisselende mate betrokken. Door hun aard zelf hebben de klinische interventies wat ook hun doel weze, opleiding of research, de meeste kansen een onmiddellijke weerslag te hebben op de lokale gezondheidstoestand. Zo was het beheer van de ziekenhuizen in Oost-Congo door het Departement van Volksgezondheid in eerste plaats bedoeld als proefterrein voor een rationalisatie van het medisch werk in een armoedige omgeving, maar gelijktijdig werden hierdoor gedurende jaren uitmuntende en geapprecieerde curatieve en preventieve diensten bewezen aan een ruime bevolking.

De zorgen aan patiënten met tropische ziekten in de kliniek en polikliniek van het Instituut zijn op eerste zicht een uitzondering, maar oorspronkelijk was de kliniek opgevat als leerschool voor de studenten en als middel voor wetenschappelijk onderzoek, hetgeen uiteraard onafscheidbaar was van het dienstbetoon. In het laatste kwart van het eeuwen werd de kliniek administratief en financieel overigens gescheiden van het Instituut. De splitsing van opleiding en research van het eigenlijk curatief en preventief werk en de oprichting van een Departement Klinische Wetenschappen in parallel met de medische diensten, elk met een eigen diensthoofd, maakten het onderscheid definitief duidelijk.

De geschiedenis van de kliniek begint met het verslag van de subcommissie belast met de inventaris van de opleidingen in de geneeskunde van de tropen, waarin herhaaldelijk de nadruk gelegd wordt op het belang van de nabijheid van een ziekenhuis volledig of gedeeltelijk bestemd voor de behandeling van deze ziekten in de nabijheid van de school ad hoc (zie hfdst.II). De bedoeling is uiteraard klinische gevallen te kunnen voorstellen aan de studenten van de instelling. In een tijd dat reizen naar deze verre streken uitsluitend per boot gebeurden waren havensteden aangewezen om soortgelijke scholen in te richten, des te meer dat zeelieden een bijzonder blootgestelde groep vormden. In België was Antwerpen dan ook de plaats bij uitstek om een dergelijke school op te richten, maar, hoewel dit meteen in de eerste verslagen vermeld wordt, zal het tot 1933 duren vooraleer de school, die dan het Instituut voor Tropische Geneeskunde wordt, zich aldaar zal vestigen.

De onafhankelijkheid van Belgisch Congo in 1960 zal de werking van de kliniek slechts tijdelijk beïnvloeden. Andere factoren gaan een meer belangrijke rol spelen, zoals de snel stijgende kost van de geneeskundige verzorging, rampzalig voor een kleiner ziekenhuis, en uiteindelijk de door de wet verplichte integratie in een grotere instelling in 1986. Ook de AIDS epidemie, snel erkend als één van de belangrijkste plagen van de armere tropische streken, zal vanaf het begin van de jaren tachtig aan de activiteiten van de kliniek en van de polikliniek een nieuwe wending geven.

Uit de verhalen over de vroege expeditie en nederzettingen van Europeanen in Afrika blijkt dat de sterfte door de op dat ogenblik nog bijzonder slecht gekende tropische ziekten, hoog was en dat veel buitenlanders vroegtijdig wegens ziekte naar Europa moesten terugkeren. Dit was ook het geval voor wat de Belgen betrof. Deze patiënten moesten wel ergens opgenomen en verzorgd worden. In een aanvullende nota aan het verslag van de subcommissie wordt de toestand in Antwerpen kort beschreven en vergeleken met de werkwijze in Hamburg. Het blijkt dat een deel van de invarende schepen geïnspecteerd worden in Doel, stroomafwaarts van Antwerpen. Het zijn schepen met zieken aan boord of schepen die een gezondheidspatente moeten voorleggen zoals degene die komen uit landen waar pest of cholera heerst, uit havens buiten Europa of uit Europese havens ten zuiden van de breedtegraad van Ouessant in Bretagne. Mogelijke gevallen van pest, cholera of gele koorts worden dan in afzondering gehouden in het lazaret van Liefkenshoek. Alle andere schepen varen door maar komen onder sanitair toezicht in de haven. Ziektegevallen worden volgens hun aard verzorgd in het lazaret van het Kiel, wanneer het gaat om besmettelijke ziekten of, indien dit niet het geval is, in de stedelijke algemene ziekenhuizen, m.i.v. patiënten die lijden aan tropische ziekten. Sommige patiënten worden ook, op eigen kosten, verzorgd in een vrije instelling, het Sint-Camillus gesticht. In Hamburg is de werkwijze vergelijkbaar, maar hier bestaat er wel een Instituut voor tropische ziekten. Het besluit van het verslag is dan ook dat patiënten die in aanmerking komen voor het onderwijs in de tropische ziektenleer in Antwerpen gevonden kunnen worden in de lazaretten van de Liefkenshoek en van het Kiel, in de stedelijke ziekenhuizen en in het Sint-Camillus gesticht. Het verslag spreekt van '*...un très grand nombre de maladies tropicales...*' en geeft enkele cijfers ter bevestiging. Zo werden er in 1907 en 1908, 170 gevallen van tropische aandoeningen opgenomen in de stedelijke ziekenhuizen, waartussen 120 gevallen van malaria, twee van slaapziekte, twee van hemoglobinurie (zwartwaterkoorts), drie leverabcessen, enz.. In Sint-Camillus werden op vijf jaar tijd 145 tropische ziekten behandeld, o.a. 75 gevallen van malaria, zeven van slaapziekte en vijftien

leverabcessen. Dr. Beels, die de cijfers kenbaar maakt en zelf lid is van de subcommissie voegt hieraan toe dat hij nog veel meer gevallen behandelt aan boord van de schepen zelf².

A. De “Villa Coloniale” - een ingewikkeld geval

Er was dus in de beginjaren van de Vrijstaat reeds nood aan aan een instelling waar zieke kolonials verzorgd zouden worden door een of andere van de weinige artsen die iets afwisten uit hun ervaring in de tropen of door eigen wetenschappelijk interesse van deze nog esoterische ziekten.. Dikwijls beschikten de patiënten niet over voldoende middelen om zich te laten verzorgen. Een comité werd opgericht dat rond 1895 een bescheiden instelling liet bouwen in de gemeente Watermael ten Z.O. van Brussel, aan de Emile Van Becelaerelaan 113, onder de benaming van ‘Villa Coloniale de Watermael’ In een jaarverslag van 1911 wordt ze ook “Sanatorium de Watermael” genoemd. De patiënten worden opgenomen en verzorgd op kosten van het comité³.

De leden van het comité waren geen onbekenden voor Leopold II en de instelling ontving dan ook ruime subsidies eerst van de Vrijstaat, later van het Belgisch Ministerie van Koloniën, maar behield altijd haar privé statuut. Oorspronkelijk was het een eenvoudig gebouw in hout, dat uit een paviljoen bestond voor een vijftal opnamen, een vergaderzaaltje, een apotheek en een laboratorium. Op initiatief van commandant Ch. Lemaire en dank zij de vrijgevigheid van mevrouw de Rongé werd het in 1905 in steen en baksteen heropgebouwd⁴. In 1912 waren er zestien kamers voor de opname (fide Broden). Naast het paviljoen voor de patiënten werd een ruime woning gebouwd voor de directrice, mevrouw Dessart. In 1905 - 1906 werden er 35 zieken opgenomen waarvan 24 met tropische aandoeningen en 385 patiënten van 1910 tot 1913 (Rodhain 1932). Het beheer was in handen van een comité van zeven oudere leden, waarvan zes (fide Broden) nooit aan de vergaderingen deelnamen. Daarbij voegden zich een secretaris en de arts(en) in dienst van de Villa Coloniale. Het was de voorzitter, luitenant-generaal Baron Donny, ere adjudant van Leopold II, waarvan de naam herhaaldelijk voorkomt in allerhande instellingen van de Vrijstaat, die praktisch alleen de Villa Coloniale beheerde en de beslissingen nam voor haar toekomst. In 1901 werd J. Van Campenhout tot geneesheer directeur aangesteld. Hij werd in 1912 opgevolgd door A. Broden en een tweede geneesheer, dr. Jules Hennaux. In de jaren vóór de eerste wereldoorlog ontving de Villa jaarlijks 25.000 BF subsidies van de Staat, naast bijdragen van commerciële bedrijven en inkomsten van inzamelingen in Congo. Het personeel bestond uit de directrice, die naast de huisvesting een maandelijks wedde van 1200 BF/jaar ontving, uit de twee artsen elk met een wedde van 1400 BF/jaar en uit het verplegend personeel goed voor 1300 BF/jaar. In 1913 bedroeg het budget 40.390 BF. De directrice beschikte over 8 BF/dag per patiënt voor voeding en geneesmiddelen.

Er is slechts schaarse informatie over het gebruik van de Villa Coloniale door de studenten van de School. Een verslag van 1913 maakt gewag van drie raadplegingen per week in de kliniek, waardoor ongetwijfeld de Villa Coloniale bedoeld wordt. De studenten onderzoeken de opgenomen patiënten. Op één jaar waren er toen 77 opnamen van patiënten uit de kolonie en 258 raadplegingen

geweest. Zo werd ook materiaal voor de practica bekomen, naast hetgeen rechtstreeks uit Congo ontvangen werd voor Broden en Séverin⁵.

In 1914 bij het begin van de oorlog werden enkele oorlogsgekwetsten opgenomen, daarna alleen nog drie oud koloniale met slaapziekte waarvan twee snel overleden. Vanaf 1917 werd de Villa door de Duitsers bezet. De directrice was in 1914 naar Frankrijk vertrokken waar ze in Cannes het Etablissement Sanitaire Colonial Belge (ESCB) beheerde, dat gevestigd was in een villa die toebehoorde aan het Belgisch Ministerie van Koloniën. De uitrustingen en de onderhoudskosten waren echter ten laste van het Ministerie van Oorlog. Op het einde van de oorlog bleven er in Cannes nog ruime voorraden aan bedlinnen en andere benodigheden die op dat ogenblik nog moeilijk te vinden waren en erg duur in het pas bevrijd België.

Donny vordert dan 112.500 BF. op van de regering voor de 4 ½ jaar gemiste subsidies. Hij laat opmerken dat de Villa 50.000 BF. schulden heeft opgelopen gedurende de periode – zonder dit te rechtvaardigen - en dat ze erg beschadigd werd door de bezetter. Hij vraagt ook aan het Ministerie van Koloniën de voorraden van de ESCB naar Watermael te laten overbrengen. Hij wenst met die fondsen een paviljoen bij te laten bouwen voor betalende patiënten. Donny maakte deel van de raad van bestuur van de Mutuelle Coloniale, die veel zieke koloniale liet opnemen in de Villa, hetgeen hij in de hand werkte. Broden protesteert hiertegen omdat de Villa een privé organisatie is⁶.

In december 1918 stuurt Broden een erg kritische nota en verslag aan het Ministerie over de toestand van de Villa Coloniale. De tramrit naar de Villa vanuit de School in het Duden Park alleen neemt al een vol uur in beslag. De Villa is daarbij weinig geschikt voor klinisch onderwijs. Hij vraagt dan ook dat ze heropgebouwd zou worden in de onmiddellijke nabijheid van de School. Hij wijst erop dat de subsidie van 25.000 BF. de voornaamste bron van inkomsten is van de Villa maar dat de koloniale administratie praktisch niet vertegenwoordigd is in het comité van beheer ervan. Hij stelt voor dat de opgevorderde subsidies gebruikt zouden worden voor de voorgestelde heropbouw. In het bijgevoegd vertrouwelijk verslag komt hij uitgebreid terug op zijn voorstellen en argumentatie. Verwarming, verlichting en badkamers in de Villa zijn in alle opzichten onbevredigend. Hieraan verhelpen zou een zware investering betekenen. Daarbij zijn vervoer van zieken en verplaatsingen van artsen naar de afgelegen Villa Coloniale moeilijk, duur en tijdrovend. Nogmaals stelt Broden voor een modern ingericht ziekenhuis te herbouwen in de nabijheid van het Duden Park en specificeert ietwat ironisch dat het niet nodig is naast het hospitaal een even groot gebouw op te richten om de directrice te logeren⁷! Op 23 december stelt de Secretaris Generaal van de 2^e Directie van het Ministerie van Koloniën twee nota's op, klaarblijkelijk voor de Minister. In de eerste nota wijst hij erop dat de voorzitter van de Villa Coloniale (Donny) zo snel mogelijk de Villa wenst te heropenen, wegens de nakende terugkeer van koloniale na de oorlog en dit zonder te wachten op een eventuele verwezenlijking van de voorstellen van Broden. Donny vraagt de overblijvende uitrustingen in Cannes, eigenlijk bezit van het leger, per verzegeld wagon te laten overbrengen naar de Villa Coloniale. De secretaris vraagt aan de minister of hij hierover wel mag beschikken. Hij laat opmerken dat deze procedure moeilijk zal zijn en erg veel kostend en dat de prijs van de gevraagde benodigheden reeds veel lager zal zijn op het ogenblik dat het materiaal uit Cannes in Brussel zal aankomen. De tweede nota betreft de brief van Broden. Hij is het wel eens met de argumenten van

Broden maar meent dat een uitgebreide voorafgaandelijke studie noodzakelijk is en dat de Villa Coloniale dan ook best tijdelijk in gebruik moet blijven. Op dezelfde 23 december 1918 stelt Broden een tweede vertrouwelijke nota op. Ditmaal heeft hij over het beheer van de Villa Coloniale door Donny. Het algemeen comité heeft nooit vergaderd en van het vast comité van zeven leden die in theorie de Villa beheren, wonen slechts Donny en de twee artsen de vergaderingen bij. Wat het beheer betreft schrijft Broden dat de uitgaven voor onderhoud van de patiënten overdreven lijken. Zoals vermeld wenste Donny een bijgebouw op te richten voor betalende patiënten. Broden verzet zich hiertegen. Hij meent dat alle zieken dezelfde rechten hebben en overigens nooit vragen om op een bijzondere wijze behandeld te worden. Broden zegt ook dat zowel de Vrijstaat als het Ministerie altijd geweigerd hebben de Villa Coloniale over te nemen. Moest dit toch gebeuren, zou het Ministerie zeker geen tweede ziekenhuis kunnen laten bouwen.

Op 1 januari 1921 gaat de Kliniek Leopold II gelegen dicht bij de School van het Duden Park open. Toch blijft de Villa Coloniale voortbestaan. In 1924 werd ze gemoderniseerd en beschikte dan over een operatiezaal en een rusthuis⁸. In een brief⁹ van 9-XI-1925 stelt het Ministerie vast dat de Villa Coloniale gesubsidieerd wordt en dus onder de verantwoordelijkheid valt van de VIe Directie, terwijl de Kliniek L. II een onderdeel vormt van de School en bijgevolg onder de bevoegdheid komt van de VIIe Directie, die echter niet in staat is om de relevante dossiers te bekomen!

Van zodra de Kliniek L. II werd geopend, schijnt er weinig contact meer geweest te zijn tussen de Villa en de School en later het Instituut in Antwerpen. De laatste artsen die in Watermael werkten waren dr. Jules Hennaux en dr. Umberto Zerbini. De Villa Coloniale verdween na de tweede wereldoorlog¹⁰.

In 1898 vermeldt Dryepont nog dat de Vrijstaat overeenkomsten had gesloten met het Sint-Camillus ziekenhuis in Antwerpen om meteen de zwaar zieke staatsambtenaren op te nemen die in Antwerpen aan wal kwamen. Ze werden verzorgd door Dr. Dupont een vroegere arts van de Vrijstaat. die in 1885 een kleine dienst had opgericht voor tropische ziekten¹¹.

In 1923 werd de Villa Marie-Henriette in Spa, het vroeger verblijf van de Koningin, op privé initiatief ingericht voor ambtenaren van de Staat, die er kwamen uitrusten na een verblijf in Congo. Er waren echter geen banden met het Instituut¹².

B. De Kliniek Leopold II in Brussel (1921 – 1934), niet zo succesvol

Bij de vestiging van de School in het Duden Park had de Koninklijke Stichting, eigenares van villa en park zich uitdrukkelijk verzet tegen de inrichting van een ziekenhuis in de villa Duden of in andere gebouwen in het park, tot groot spijt van Broden

Bij het overlijden van Leopold II in december 1909 ging een deel van zijn bezittingen naar het Niederfullbach Fonds. Door de wet van 30-3-1914 kwamen de bezittingen van het Fonds volledig ten goede van de Belgische Staat. Een voorwaarde was dat een deel van het Fonds zou besteed worden aan een weldadige instelling op één of andere wijze verbonden met Congo, die de naam van de Koning zou dragen. Dit

werd in de Kamer goedgekeurd op 1-4-1911. De ministers van financiën en van koloniën werden belast met de uitvoering.

In april 1919 had Broden voorgesteld een onroerend goed aan te kopen in de nabijheid van het Duden Park. De gebouwen waren gelegen langs de Steenweg op Alseberg, op n° 226. Er was hier plaats voor acht bedden, met centrale verwarming en een tuin. Op 21 mei 1919 gaat de Minister van Koloniën akkoord met het voorstel. Tevens werden aan de achterkant van het gebouw vier aanpalende huizen aangekocht in de parallel lopende Marconi straat (n°47,49,51,53). De huur van deze woningen kwam eveneens terecht op de rekening van de kliniek bij de Bank van Belgisch Congo (BCB). Op 30 mei 1919 stelt Broden verder voor de kliniek gedeeltelijk uit te rusten met het materiaal van de ESCB (zie hoger) in Cannes, hetgeen ook gebeurt¹³.

De zogenaamde Koloniale Kliniek L. II werd opgericht door Minister van Koloniën Franck in 1920. Volgens minister Buisseret zou Koning Albert I de oprichting van de Kliniek gesteund hebben¹⁴. Iets meer dan één miljoen BF. werd besteed aan de aankoop van de gebouwen en een bedrag van 800.000 BF. werd gestort op een rekening van de BCB op naam van de Kliniek L. II. De goederen van de kliniek werden beheerd door de VIIe Directie van het Ministerie. Het juridisch statuut van de kliniek was niet erg duidelijk. In een nota van 7-11-1927 in antwoord op een brief van de VIIe Directie meent Broden dat de Kliniek L. II een annex is van de School¹⁵, maar in januari 1931 richt de directeur van de VIIde directie een schrijven aan de secretaris generaal van het Ministerie waarin hij verklaart dat de Kliniek L. II een privé instelling is¹⁶.

De kliniek ging open op 1-1-1921. Ze beschikte over 5 – 6 kamers voor patiënten¹⁷. Opname en behandeling waren kosteloos voor staatsbeambten op voorwaarde dat het ging om tropische, niet heelkundige aandoeningen. Patiënten die geen staatsambtenaren waren, betaalden een klein bedrag van 12 BF per dag, naast de geneesmiddelen en de geneeskundige verzorging. De arts van de kliniek ontving een vaste bezoldiging van 250 BF/maand. De kliniek was oorspronkelijk bedoeld voor de opname van patiënten, maar zeer vroeg werden er kosteloze raadplegingen drie maal per week gehouden voor oud-kolonialen. Op andere dagen was er ook mogelijkheid tot raadplegen, maar dan in de School in het Duden Park zelf.

In een verslag van 2-3-1931 schrijft Rodhain dat 22 patiënten waren opgenomen in 1922, waarvan 17 staatsambtenaren en 5 personeelsleden van koloniale bedrijven. Daarbij werden 207 leden van de koloniale administratie onderzocht en desgevallend ambulantly behandeld. De duur van de opname ging van 3 tot 108 dagen en één geval van slaapziekte verbleef het hele jaar door in de kliniek.

In 1927 merkt Broden echter op dat de kolonialen door het Ministerie verwezen worden naar de ene of andere voormalige koloniale arts voor verzorging en slechts naar de kliniek komen voor de noodzakelijke onderzoeken. Het aantal opgenomen staatsbeambten verminderde dan ook in aanzienlijke mate. In de eerste negen maanden van 1928 werd bv. geen enkele patiënt gehospitaliseerd¹⁸.

Mevrouw Olga Corin, weduwe van een overleden koloniale arts, werd benoemd op 1-10-1921 als directrice. Ze was zelf verpleegster en werd bijgestaan door een meid en door verplegend personeel. Het comfort verbeterde in belangrijke mate in latere

jaren, maar de uitrusting volgde niet, gedeeltelijk wellicht wegens het vooruitzicht van een mogelijke verplaatsing naar Antwerpen.

Uit de verslagen blijkt niet dat deze kliniek veel gediend heeft voor de opleiding van de studenten van de School, maar waarschijnlijk wel om aan materiaal voor de practica te geraken.

C. De Kliniek Leopold II in Antwerpen van 1934 tot 1987

De School voor Tropische Geneeskunde werd op 31-3-1931 opgevolgd door een instelling van openbaar nut, het Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG). In de notariële akte van 11-2-1931 waarin de ondertekenenden de instelling verklaren te willen oprichten staat vermeld dat de Belgische Staat, vertegenwoordigd door de Minister van Financiën, en Belgisch Kongo, vertegenwoordigd door de Eerste Minister en Minister van Koloniën H. Jaspar, inbreng doen van de Kliniek L. II en bijgebouwen met de vier huizen, de uitrusting en een kapitaal van 1.052.000 fr aan openbare fondsen en van 37.003 fr. in speciën. Het beheer van de rekening van de koloniale Kliniek L. II bij de BCB gaat van het Ministerie van Koloniën over naar het Instituut.

Voor Rodhain stond het havenziekenhuis van Rotterdam als model¹⁹. In een eerste nota (midden 1931) over de (nog) toekomstige organisatie van het Instituut geeft Rodhain zijn gedachten weer i.v.m. de kliniek²⁰. Hij meent dat de kliniek gescheiden gemeenschappelijke opnamezalen moet hebben, de ene voor Europeanen, de anderen voor “des gens de couleur”, naast enkele kamers met 1 of 2 bedden voor privé patiënten. Nochtans had George Low van de London School in een brief van 23-11-1923 aan Broden geschreven dat er in Londen geen eigen ruimte voorzien was voor ‘black people’, die opgenomen worden in een gemeenschappelijke zaal. Low voegde er echter aan toe dat zeelieden slechts een klein deel van de opgenomen patiënten vormden. Rodhain wijst ook meteen op het probleem van de Antwerpse artsen die erkend werden door de rederijen voor de behandeling van de bemanningen. Indien ze patiënten met tropische ziekten laten opnemen in de kliniek van het Instituut, zullen ze dan ook als behandelende arts optreden? Rodhain meent verder dat een operatiezaal niet nodig is. Ingrepen kunnen in de ziekenhuizen van de stad gebeuren. Wel moet er een laboratorium en een radiologische uitrusting komen. Patiënten met besmettelijke (tropische of niet) ziekten worden niet opgenomen, tenzij het gaat om een ziekte overgedragen door tropische vectoren of om ziekten waarvan de controle van de overdracht niet moeilijk is, zoals gevallen van buikloop. Liefst zou de gezondheidsdienst van de haven gevestigd worden in het Instituut zelf. Wat betreft het staken van de diensten in Brussel rekent hij op een verlies van raadplegingen en van laboratoriumonderzoeken, ongeveer 200 in 1929 – 30. Rodhain denkt ook dat de aanwezigheid in Brussel van een arts die deel zou maken van de staf van het Instituut en die over een goed gelegen ruimte voor raadpleging zou beschikken noodzakelijk blijft²¹.

Het oostelijk deel van het gebouw van de Provincie met ingang in de Kronenburgstraat werd ingericht voor opnamen en raadplegingen. Er kwam toch een operatiezaal die later o.m. in 1945 grote diensten zal bewijzen. De kliniek in Antwerpen kwam in gebruik eind november 1933²². Het was, zoals vermeld naast de

ingang, een 'Kliniek voor Koloniale en Zeelieden'. Bij de vestiging in Antwerpen werd dr. Gabriël Valcke (1884 – 1963) benoemd als hoofdgeneesheer van de Kliniek L. II. Hij was scheepsdokter gewenst, had de lessen van de School in Brussel gevolgd en was dan vertrokken naar Congo waar hij Rodhain leerde kennen en waar hij verbleef tot in 1933. Hij bleef hoofdgeneesheer tot in 1950 en nam dan terug voor enkele jaren dienst als scheepsdokter. Er waren twee verpleegsters en mevrouw O. Corin volgde de overplaatsing naar Antwerpen als directrice van de kliniek. De nieuwe kliniek werd nochtans niet onverdeeld met sympathie begroet in Antwerpen, zoals vermeld wordt in de levensschets van G. Valcke²³.

Van de opening tot september 1934 waren er 126 opnamen geweest en werden er gemiddeld 12 patiënten per dag op de raadpleging gezien. De radiologische installatie kwam in gebruik in maart 1934. De onbezoldigde radioloog was dr. G. Reynaert, geneesheer van de Compagnie Maritime Belge (CMB). Het laboratorium voor 'klinische en chemische ontleding' ging aan het werk op 7 maart 1934²⁴. Het stond onder leiding van technisch ingenieur Raf Ressler. Het voerde 5.932 onderzoeken uit in 1934 en 6.443 in 1935 en genoot snel een gunstige reputatie in de stad.

De kliniek neemt zieken op uit de koloniën, alle zeelieden en daarbij ook de zieken van de hogere zeevaartschool, van het schoolschip en van de directie van het zeewezen, zoals vermeld in een folder van rond 1950²⁵. Reeds in het eerste jaarverslag wordt echter opgemerkt, zoals Rodhain het vermoed had, dat matrozen die al dan niet lijden aan tropische ziekten, in Antwerpen grotendeels verzorgd worden aan huis of aan boord van de schepen door privé artsen. De CMB en een paar andere rederijen verwijzen nochtans hun bemanningen naar de Kliniek L. II.

In 1935 gaan de opnamen in de kliniek er sterk op vooruit. Het jaar daarop zet de trend zich voort, maar trager. Het aantal patiënten verwezen uit Antwerpse ziekenhuizen is dan nog verminderd, maar anderzijds blijkt dat zeelieden toch meer en meer rechtstreeks gestuurd worden naar de kliniek. Ook het aantal raadplegingen vermeedert. Er zijn veel gevallen van malaria, hetgeen herhaaldelijk onderlijnd wordt. Vanaf 1937 komt er stabilisatie in raadplegingen en opnamen.

Begin 1936 bedroeg de kost van het verblijf in eerste klasse (kamer met één bed) 60 BF/dag zonder de bedragen voor behandeling en geneesmiddelen en 45 BF/dag voor rechthebbenden van het Ministerie van Koloniën. In tweede klasse (kamer met twee bedden) viel de kost terug op respectievelijk 40 BF en 30 BF. Voor een alkoof in een slaapzaal betaalde men 25 BF/dag, alle medische kosten inbegrepen²⁶.

Er bestaat dan ook een dispensarium voor tropische ziekten in het Brusselse, in de Langlevenstraat 54 in Elsene, waar dr. Romolo Repetto werkt, een Italiaanse arts met een lange ervaring in Congo. Zijn verslagen worden opgenomen vanaf 1935 – 36 bij die van het Instituut. Het dispensarium hangt af van het Instituut²⁷ maar het is niet duidelijk of dr. Repetto deel maakte van het personeel van de Kliniek L. II, zoals Rodhain het had voorgesteld. Ook in Brussel worden veel diagnoses van malaria gesteld²⁸.

In een brief aan de directeur van 12-3-1936 verwees de Algemene Secretaris van het ministerie naar de vorige vergadering van de Raad van Bestuur omtrent stages in de

Kliniek L. II. Het ging hier om de stages in het laatste jaar van de doctoraten. Gelijktijdig zouden de studenten dan de cursussen volgen voor het diploma van koloniale arts. Dit laatste diploma wordt niet vereist of erkend in België, maar is wel een voorwaarde om de geneeskunde in Congo uit te oefenen. Er wordt wel bepaald dat de faculteit waaraan de stagiair(e) gestudeerd heeft voorafgaandelijk akkoord moet zijn²⁹. De studenten volgden de lessen, maar of ze ook werkelijk stage liepen in de kliniek blijft onzeker, rekening gehouden met de densiteit van de uurrooster. De administrateur generaal van het Ministerie van Koloniën gaf alleszins zijn goedkeuring voor deze stages in een brief van 12 maart 1936. .

In 1937 vroeg prof.P.Lambin van de Université Catholique de Louvain of het mogelijk zou zijn sternumpuncties uit te voeren bij patiënten van de Kliniek L. II die aan malaria of aan slaapziekte lijdten. In zijn antwoord wijst Rodhain erop dat het steeds gaat om privé patiënten en anderzijds dat G. Valcke '*...est d'une prudence extrême avec ses patients. Nous ne sommes ici que depuis trois ans et il craint que l'une ou l'autre manipulation en vue de recherches spéciales ne rende les clients méfiants.*' Rodhain onderlijnt zelf '*clients*'³⁰! Tot na 1950 vindt men slechts een klein aantal publicaties over patiënten opgenomen in de kliniek, waarvan een drietal in 1942 over gevallen van slaapziekte, lepra, loiasis, onchocercose en bilharziose.van de hand van Valcke, Dubois en Rodhain.

In het jaarverslag 1935 – 36 werd vermeld dat er weinig demonstraties van zieken aan de studenten gebeuren omdat het gaat om 'particuliere' patiënten hetgeen tot voorzichtigheid noopt. In 1942 geeft Valcke een kort overzicht van de gevallen opgenomen tussen 1933 en 1940. Op die zeven jaar werden 6.064 nieuwe patiënten gezien, bijna alle oud-kolonialen op uitzondering van 167 overwegend Congolese matrozen na. In vergelijking met latere jaren zijn er eerder weinig gevallen van tropische ziekten. Er waren op die zeven jaren wel 324 patiënten met malaria geweest maar slechts drie gevallen van schistosomiasis, negen van onchocerciasis, vier van melaatseid bij Belgen en zestien van slaapziekte. Waarschijnlijk werden de minder zware ziektegevallen reeds toen in de Kolonie zelf behandeld. Het gemiddeld aantal zieken steeg van 9.2 per dag in 1933 naar 33.3 in 1940³¹. Veel materiaal voor demonstratie was er dus ook niet.

Vanaf september 1939 vertraagt de activiteit van de kliniek. Op 10 mei 1940, bij de oorlogsverklaring, worden personeel en kliniek ter beschikking gesteld van het Rode Kruis. De patiënten worden geëvacueerd. Er werden echter geen gewonden opgenomen en de rol van hulphospitaal verviel op 21 mei. Dr. G. Valcke had zich vrijwillig ten dienste gesteld om het reservehospitaal 8 te organiseren. Na de terugkeer van J. Rodhain en van de overige staf uit Bordeaux werden de opnamen terug mogelijk. De verpleegkundigen hernamen hun dienst in juli 1940. Gedurende de oorlogsjaren was de activiteit van de kliniek minimaal zowel bij gebrek aan terugkerende kolonialen als door de afwezigheid van schepen. Wel zorgde de kliniek voor noodlijdende kolonialen. Dank zij de medewerking van de stedelijke diensten kon de bevoorrading van de patiënten verzekerd worden. Ook patiënten met niet tropische aandoeningen werden opgenomen om o.m. de werkingskosten van de kliniek te kunnen dekken. Vanaf 6-1-1945 werd een deel van de lokalen heringericht voor de opvang van de talrijke gekwetsten van het V1/V2 offensief op Antwerpen. Ze werden heelkundig verzorgd door dr. G. Valcke en dr. L. Dierksens, terwijl dr. I. Toussaint de radiologische onderzoeken uitvoerde. Tot op 31-5-1945 werden 124

gekwetsten opgenomen in drie zalen met in totaal 64 bedden. Dr. G. Valcke en het Instituut werden hiervoor bedankt door de Commissie van Openbare Onderstand (COO) van de stad Antwerpen³².

In augustus 1945 meerde het eerste schip uit Kongo terug aan. De kliniek kwam traag en trapsgewijze terug op gang naarmate de kolonialeen weerkeerden. De opname van zeelieden slenterde aan, omdat nog maar weinig schepen de haven aandeden. Een deel van de zalen werd verbouwd in afzonderlijke kamers.

Ook het dispensarium van dr.R. Repetto werkte voort gedurende de oorlogsjaren en er werden – nogal eigenaardig - nog 12 gevallen van malaria geobserveerd³³. Zijn dispensarium verhuisde en vestigde zich in de nabijheid van de diensten van het Ministerie van Koloniën, maar verdween in 1947 bij de oprichting van het Medisch Koloniaal Centrum in Brussel. Hierdoor verminderde eveneens het aantal raadplegingen in Antwerpen. In het jaarverslag 1962 – 63 wordt uitdrukkelijk vermeld dat dit Medisch Centrum werd opgericht als een extra-muros dienst van het Instituut in Brussel. Het aantal opnamen in Antwerpen kende integendeel een lichte toename³⁴.

In 1948 bestaat het personeel van de kliniek uit dr.Valcke en dr. Reynaert, vijf verpleegsters, een persoon aan de balie en een directrice die het algemeen beheer waarneemt. R. Ressler stond nog steeds aan het hoofd van het laboratorium, maar dr.P. Brutsaert bouwt een laboratorium voor bacteriologie op, zowel voor routine als voor research.. Het jaar daarop ging G. Valcke op rust en werd opgevolgd door dr. P.G. Janssens. In het jaarverslag verschijnen dan enkele kritische beschouwingen over de kliniek. Zo het aantal raadplegingen toeneemt, daalt het dagelijks gemiddelde van de opgenomen patiënten. Veel patiënten zijn niet werkelijk ziek, maar worden in observatie gehouden om één of andere reden. Voor deze personen wordt voorgesteld een afzonderlijke afdeling op te richten, met personeel dat eerder een hotel dienst verzekert en bijgevolg minder gekwalificeerd mag zijn.

Op ongeveer 4.000 raadplegingen in 1948 zijn er 135 gevallen van “tropische” ziekten, hetzij 3,35%, maar bij de 530 opgenomen patiënten loopt dit op tot 140 of 26,4%. Het zijn vooral gevallen van malaria en van buikloop en de gevolgen ervan, naast vrij talrijke gevallen van schistosomiasis en van filariasis. Die verhoudingen wisselen met de jaren maar blijven altijd redelijk laag.

In 1951 telde de kliniek 37 bedden verdeeld over 20 kamers met één bed, 6 kamers met twee bedden en één zaal met vijf bedden, meestal in ongebruik. Dr. Camerman volgde dr. Reynaert op als radioloog in februari 1951. Steeds meer patiënten zijn kinderen en zuigelingen, waarvoor de kliniek niet ingericht is.

De polikliniek werd omgebouwd. Het dagelijks gemiddelde van de raadplegingen vermeerderde van 10,3 in 1949 naar 34 in 1951. Een monitrice werd aangesteld als hoofd van het verplegend personeel, waardoor de kwaliteit van de nursing er op vooruitging. Het probleem van de diensten vereist door patiënten die louter in observatie verkeren werd terug aangehaald. In 1952 verbleven dagelijks gemiddeld 25 patiënten in de kliniek.

In 1952 werd de uitrusting verbeterd met o.m. een nieuwe operatietafel, gemoderniseerde sterilisatie en betere uitrusting voor fysiotherapie dank zij een naamloze gift. Voor koloniale rechthebbenden is de mogelijkheid om lichte tot matig zware heelkundige ingrepen te ondergaan in de Kliniek L. II interessant. Ook komen er meer poliklinische consultaties door specialisten van buiten het Instituut. Een eetzaal wordt ter beschikking gesteld van patiënten die louter in observatie zijn, waardoor het werk van de verpleegsters lichter wordt. Het kliniekhoofd merkt op dat er nog geen pediatrie afdeling bestaat, dat de isolatie van besmettelijke patiënten onbevredigend is en dat er geen vergaderruimte is voor stagiairs of verpleegsters en geen bergruimte. Hij wijst er ook op dat slaapziekte bij Europeanen in Europa te weinig herkend wordt. Er waren inderdaad 14 opnamen voor slaapziekte geweest alleen in 1952. Deze hoge cijfers lieten veronderstellen dat heel wat gevallen miskend bleven. Van Bogaert had inderdaad al eerder patiënten met slaapziekte die gedurende jaren waren opgenomen in psychiatrische instellingen, op het onderzoek van autopsiemateriaal gediagnosticeerd³⁵ en Rodhain had eveneens slaapziekten gezien die langdurig als mentaal verstoord waren beschouwd en behandeld³⁶.

De groei zet zich voort in 1953 - 1954 met 12.207 raadplegingen, een gemiddelde van 42 per dag, en 10.443 opnamedagen, hetgeen een toename betekent van 16% t.o.v. vorige periode. In 1953 zijn er 348 opnamen voor tropische ziekten, een recordcijfer. Het plaatsgebrek begint voelbaar te worden. De uitrustingen worden verder aangepast met EKG en een verplaatsbaar radiologisch apparaat. Tussen de tropische ziekten komen filariasis en amoeben dysenterie nu veel voor.

In 1953 beschikt de kliniek over twee vaste artsen dr. P.G. Janssens en dr. H. Van Wymeersch, die tevens dr. Camerman als radioloog heeft opgevolgd in oktober 1953, over acht verpleegsters, twee ziekenverzorgeressen, een technicus voor de radiologie, naast de directrice en een administratieve kracht. In 1955 wordt dr. Janssens, die het Nederlandstalig onderwijs voor artsen overneemt, bijgestaan door dr. P. Limbos, maar hij blijft kliniekhoofd. Vanaf 1-1-1959 zal hij de directie van het Instituut waarnemen in opvolging van A. Dubois.

In zijn rede ter gelegenheid van het vijftigjarig bestaan van het onderwijs in de tropische geneeskunde in 1956 somt Dubois de geschiedenis op van de Kliniek L. II, m.i.v. de positieve en negatieve factoren die de groei ervan hebben beïnvloed. Samenvattend meent hij dat de 40 bedden waarover de kliniek nu beschikt niet meer volstaan. Sedert de oprichting in Antwerpen waren er in 1956 al meer dan 20.000 raadplegingen geweest en meer dan 10.000 opnamen. Van 1.500 laboratorium testen en een honderdtal radiologische onderzoeken in 1934 - 1935 waren de cijfers in 1954 - 1955 opgelopen naar meer dan 60.000 laboratorium onderzoeken en meer dan 2.000 radiologische onderzoeken per jaar. Tussen 1951 en 1956 groeide het aantal raadplegingen geleidelijk aan, met een stabilisatie van nieuwe gevallen. In die jaren schommelde het aantal opnamen voor tropische ziekten tussen 230 en 400 per jaar. Het gedacht dat de Kliniek L. II in Antwerpen ruim gebruikt zou worden voor de opname van zeelieden werd met de jaren niet waargemaakt. De toename van geëxpatrieerden in Congo bleek een positieve factor te zijn voor de kliniek, maar gelijktijdig verbeterden de voorwaarden voor de opname van Europeanen in de ziekenhuizen in de kolonie zelf, hetgeen dan weer het omgekeerd effect had. In 1956 werkten inderdaad reeds meer dan 1.000 geneesheren in Congo.

Toch wordt in 1957 de “*aanhoudende middelmatigheid van het routinewerk*” in de kliniek aangeklaagd en de onmogelijkheid om wetenschappelijk onderzoek uit te voeren of om klinische demonstraties te geven aan het bed van de zieke. De chirurgische ingrepen zijn weinig belangrijk. Het aantal tropische ziekten vermindert, hetgeen toegeschreven wordt aan de activiteit van het Medisch Centrum in Brussel en aan de negatieve houding van de medische adviseurs van grote maatschappijen. Er worden weer minder matrozen gezien en een te groot deel van het werk bestaat uit betwistingen over invaliditeit en werkonbekwaamheid. Anderzijds werden in dat jaar meer dan 75.000 laboratorium onderzoeken uitgevoerd.

In 1958 telt het personeel veertien verpleegsters en twee ziekenverzorgsters voor de kliniek, naast twee verpleegsters voor de raadpleging, een technicus voor de radiologie en vier administratieve krachten. In het laboratorium werken negen personen. Geleidelijk worden terug meer zeelieden opgenomen. Eén van de gevolgen van de wereldtentoonstelling van 1958 in Brussel was dat een veertigtal Congolese en Rwandese patiënten opgenomen werden in de Kliniek L. II, m.i.v. één bevalling! Ze werden volledig kosteloos behandeld omdat niets voorzien was voor deze mensen door de organisatoren van het bezoek van de Afrikanen in België! Dr. H. Van Wymeersch verlaat dan de kliniek om de directie van het koloniaal medisch centrum in Brussel op te nemen. Dr. P. Limbos wordt adjunct kliniek overste en dr. J. Colaert wordt benoemd als radioloog.

Juist vóór de onafhankelijkheid van Congo telt de kliniek drie artsen en een assistent, een vijftal artsen-consulenten, zeventien verpleegsters en een ziekenverzorgster, dertien laboranten en een technicus radiologie.

Anekdote over de kliniek

Ernstig zieke patiënten die per boot uit Congo terugkwamen werden met een ziekenwagen afgehaald terwijl het schip zich bevond in de sluizen die toegang verlenen tot het havengebied, dit om een onaangename ervaring te besparen aan de familie, wanneer het schip aanmeerde. Wat de matrozen betreft was er een overeenkomst met de Antwerpse politie. Wanneer ze op straat of elders in comateuze toestand werden opgepikt, werden ze eerst vervoerd naar de Kliniek Leopold II. Daar werd terstond een bloedonderzoek op dikdruppel voor malaria uitgevoerd. Indien het resultaat positief was werden de zeelui opgenomen en behandeld voor acute malaria. Indien het onderzoek echter negatief uitviel werden ze naar een stedelijk ziekenhuis vervoerd met een diagnose van acute alcohol-intoxicatie³⁷.

Na 1960 gaan de raadplegingen op opvallende wijze achteruit. Dit is minder het geval voor de opnamen, wegens de massale terugkeer van geëxpatrieerden, o.m. oudere missionarissen en slachtoffers van geweld gedurende de muerijen van 1960 – 61 in Congo. In 1962 is er een globale terugval tot op één derde van de cijfers van vóór 1960 en in november 1962 is de bezetting van het ziekenhuis maar een kwart van hetgeen ze was vóór 1960. Het aantal Congolese patiënten - nog steeds als negers aangeduid in de verslagen - wordt belangrijker. Het zijn vooral stagiairs die in België verblijven. Minder tropische ziekten worden gezien. Eén van de redenen

hiervoor is de terugkeer van veel Belgische artsen uit Congo, die deze patënten in hun praktijk verzorgen. De vermindering van de activiteit is echter niet merkbaar in het laboratorium dat veel onderzoeken uitvoert voor geneesheren in het Antwerpse³⁸.

Vier artsen staan nu in voor de kliniek en polikliniek: dr. P.G. Janssens, dr. P. Limbos, dr. J. Colaert voor de radiologie en sinds 1961 dr André De Muynck die ook de heelkundige ingrepen uitvoert. Er stelt zich dan een dringend probleem omdat de operatiezalen niet meer beantwoorden aan de normen van het ministerie van volksgezondheid. Dit wordt de aanloop voor de bouw van een derde verdieping voor heelkunde boven het bestaande gebouw van de kliniek. Het zal bekostigd worden door de Provincie en verhuurd aan het Instituut. In 1963 is het lastenboek afgewerkt.

Vanaf 1963 stabiliseren de cijfers zich opnieuw met een gemiddelde van 50% bezetting van de bedden. Het Medisch Centrum van het Ministerie van Buitenlandse Zaken, vroeger van Koloniën, refereert steeds minder patiënten naar de Kliniek L. II. Het was nochtans opgericht als een extramurale annex van het Instituut in Brussel. De vermindering van rechthebbenden van de Belgische Dienst voor Ontwikkelings-samenwerking die hiervan het gevolg is, wordt gedeeltelijk goedgemaakt door een vermeerdering van het aantal zeelieden en privé patënten. De activiteiten van de afdeling radiologie en van het laboratorium, dat nu onder leiding staat van een ervaren klinische bioloog, dr. G. Van Ros en reeds 33 medewerkers telt, nemen sterk toe. Tropische ziekten vertegenwoordigen tussen 1960 en 1970 gemiddeld 12% van het totaal van raadplegingen en opnamen. Er is een behoorlijke heelkundige activiteit. Vanaf 1965 verbetert de toestand en wordt er opnieuw gesproken van uitbreiding van de lokalen. In 1967 beginnen dan de verbouwingen waardoor het aantal patiënten noodgewongen tijdelijk vermindert. De capaciteit van de kliniek wordt op 44 bedden gebracht. Dr. A. De Muynck wordt kliniekhoofd in 1967 en dr. P. Limbos adjunct-kliniekhoofd.

Ongeacht de opmerking over geneesheren met ervaring in de tropen, worden er in 't algemeen minder patiënten doorgestuurd voor opname, soms met nadelige gevolgen, omdat de kennis van de tropische ziekten ontbreekt en de mogelijkheid van een specifiek tropische aandoening in de Westerse landen onderschat wordt. Er zijn dan ook meer patiënten die raadplegen op eigen initiatief, na ontgoochelende ervaringen. Reizen naar het buitenland nemen toe en dit vertaalt zich in een toename van de raadplegingen voor vaccinaties en voor reisadvies.

Vanaf 1970 gaan de raadplegingen nogmaals sterk en snel vermeerderen o.m. voor de vaccinaties. De overleden radioloog dr. J. Colaert wordt opgevolgd door dr. E. de Bergeyck. Er komt een nieuwe radiologische uitrusting en ook de reanimatie wordt vernieuwd. Tussen het materiaal dat door het laboratorium ontvangen wordt bevinden zich interessante gevallen van zeldzamere aangeboren bloedziekten o.m. hemoglobinoopathieën, waaraan dr. G. Van Ros, die ook het naar research gericht laboratorium voor hematologie bestuurt, enkele opmerkelijke publicaties besteedt³⁹.

In de jaren zeventig komen doelmatige behandelingen van korte duur op de markt die zelfs ambulantly toegediend kunnen worden voor meerdere frequente tropische aandoeningen. In de ontwikkeling van deze geneesmiddelen o.m. voor de behandeling van wormbesmettingen zowel in de menselijke als in de veterinaire

geneeskunde, heeft de Vlaamse farmaceutische industrie, voor een deel in samenwerking met het Instituut, een grote rol gespeeld. Deze snellere en gedeeltelijk ambulante behandelingen waren een verdere reden voor de vermindering van het aantal opnamen. Toch was de globale activiteit in 1976 verdubbeld op 10 jaar tijd, vooral wegens de toename van de raadplegingen en van de radiologische en klinisch biologische onderzoeken. Het aantal werkelijk tropische ziekten nam nochtans niet toe.

In 1976 vervoegen twee artsen, dr. J. Dasnoy en dr. De Rijck de staf van de kliniek, terwijl dr. Eyckmans, zelf internist, die de vorige directeur in 1976 opvolgt, ook zorgen verstrekt in de kliniek. Het klinisch laboratorium voert vanaf 1975 gemiddeld 80.000 onderzoeken per jaar uit. De directeur en de artsen van de kliniek geven informatieve voordrachten over reisgeneeskunde en een brochure hierover wordt uitgegeven en kent veel succes.

De proportie tropische ziekten blijft stabiel met 247 diagnoses in 1978 –79, waartussen veel gevallen van amoebiasis. In hetzelfde jaar worden twee gevallen van vermoedelijke hemorrhagische koorts opgenomen. Dit stelt problemen omdat er in de kliniek geen voorzieningen zijn voor de noodzakelijke strenge isolatie van deze patiënten.

Op 1-1-1979 wordt dr. J. Dasnoy kliniekhoofd in opvolging van dr. A. De Muynck, die de pensioenleeftijd bereikt heeft en dr. P. Limbos wordt opgevolgd door dr. H. Taelman. Een derde kabinet voor consultaties wordt ingericht om te beantwoorden aan het groter aantal poliklinische raadplegingen. De opnamen blijven echter stabiel evenals de radiologische onderzoeken. In 1980 wordt op initiatief van dr. P. Piot een raadpleging ingericht voor patiënten met sexueel overdraagbare aandoeningen of SOA, vooral ten dienste van de Antwerpse bevolking. Het laboratorium voor microbiologie had interesse voor deze groep ziekten en een grote ervaring in diagnose en behandeling. De raadpleging kende een groot succes zowel wegens de uitmuntendheid van de verzorging als wegens het respect voor de privacy van de patiënten. De raadpleging genoot het vertrouwen van de 'gay' bevolking en in de daarop volgende jaren zal dit gegeven voor een deel de belangrijke rol van het Instituut in de HIV/AIDS epidemie bepalen.

In het eerste trimester van 1981 wordt een 24 jaar oude Zaïrese patiënte opgenomen met een eigenaardig ziektebeeld waaraan ze snel sterft. In de vergrote klieren wordt door de pathologen een schimmel gevonden en de lijkschouwing bevestigt inderdaad een veralgemeende cryptococcose, een zeer ongewoon beeld in deze overigens zeldzame besmetting. Internisten en pathologen blijven met een raadsel. In oktober 1981 wordt een tweede gelijkaardig geval gezien, ditmaal bij een Zaïrese man van 47 jaar en in juli 1982 een derde geval bij een Griekse man van 37 jaar, die wegens ziekte uit Zaïre was terugkeerd. De drie patiënten werden door dr. E. Van Marck geautopsieerd. Buiten de veralgemeende cryptococcus besmetting, tonen de eerste twee patiënten een massale longinfectie door *Pneumocystis carinii*, eveneens een zeldzame aandoening, zeker bij volwassenen. Het beeld van de drie patiënten wijst op een dramatisch tekort in de immune weerstand. In maart 1983 publiceren de drie internisten van de kliniek, H. Taelman, J. Dasnoy, L. Eyckmans samen met E. Van Marck van de dienst pathologie van het Instituut, een korte nota van twee bladzijden over deze gevallen. De auteurs wijzen erop dat, retrospectief bekeken, deze drie

patiënten precies de tekens vertonen van een ziekte die voor het eerst in juni 1981 in de V.S. beschreven werd onder de naam AIDS, op dat ogenblik echter uitsluitend gezien bij mannelijke homoseksuelen of bij druggebruikers die zich intraveneus inspuiten. De auteurs schrijven '*...Nous pensons dès lors que les Africains ou les sujets ayant séjourné longtemps en Afrique pourraient constituer un nouveau groupe de population à risque*'. Dit is de allereerste publicatie die wijst op het waarschijnlijk bestaan van AIDS in Afrika, maar nog eigenaardiger is dat de drie patiënten uit Zaïre noch homoseksueel, noch druggebruikers zijn en dat ze nooit een bloedtransfusie ontvingen vóór ze het ziektebeeld vertoonden. Bij de lijkschouwing werd geen onderliggende oorzaak voor hun ziekte gevonden⁴⁰. In 2005 werd in het resterend autopsiemateriaal van deze patiënte inderdaad de aanwezigheid van een bijzondere stam HIV-virus aangetoond⁴¹. De auteurs verwijzen ook naar een zopas verschenen artikel van september 1982 waarin een reeks recente gevallen van cryptococcose uit Zaïre worden beschreven en suggereren dat het hier zeer waarschijnlijk ook ging om AIDS patiënten.

In de andere ziekenhuizen in België die patiënten uit Zaïre opnemen worden dan eveneens gevallen van AIDS gezien en gepubliceerd. Vroeg in 1984 beschrijven P. Piot, H. Taelman en Amerikaanse medewerkers 38 gevallen in Kinshasa zelf, met even veel vrouwen als mannen⁴², terwijl Ph. Van De Perre en zijn medewerkers dezelfde ervaring opdoen in Rwanda⁴³. Weldra worden de eerste eigen gevallen van AIDS bij mannelijke homoseksuelen in België vastgesteld⁴⁴.

Zoals vermeld in hoofdstuk II, begint zo een vergaande betrokkenheid van het Instituut in de problematiek van AIDS, zowel op gebied van onderzoek als van onderwijs en van dienstverlening in Vlaanderen en in de ontwikkelingslanden. In Antwerpen zal vooral Henri Taelman veel klinisch en epidemiologisch onderzoek verrichten op deze ziekte. Hij werd kliniekhoofd in 1987 in opvolging van J. Dasnoy en begeleidde de overgang van de Kliniek L. II naar het UZA. Eind 1988 vertrok dr. H. Taelman naar het ziekenhuis van Kigali voor een langdurig verblijf. In Rwanda was AIDS een ware ramp aan het worden. Taelman verzorgde de patiënten in de afdeling inwendige ziekten, verzekerde de opleiding van de inheemse artsen en voerde onderzoek uit, voornamelijk op gebied van AIDS. Zijn loopbaan in Kigali zal slechts kortstondig en noodgedwongen onderbroken worden door de gebeurtenissen van 1994. In 1989 wordt hij in Kigali vervoegd door dr. J. Clerinx. In mei 1999 echter overlijdt hij vroegtijdig en geheel onverwacht op de leeftijd van zestig jaar in Tanzanië. Als diensthoofd werd hij in 1988 opgevolgd door dr. J. Van Den Ende. De zorg voor de AIDS patiënten ging over naar dr. R. Colebunders, die ook instond voor de AIDS patiënten opgenomen in de afdeling tropische ziekten van het UZA, zowel Afrikanen die een behandeling kwamen zoeken in België als gevallen uit de eigen bevolking.

De commissie voor medische ethiek of ethische commissie werd opgericht in 1986 op verzoek van de Orde van Geneesheren. De eerste voorzitter was prof.dr. G. Van Ros . Hij werd opgevolgd door prof. dr. P. Gigase van 1989 tot 1993, daarna door prof.dr. M. Peetermans, door prof.dr.H. Verhaegen, in 2004 door dr. G. Vanham en sinds 2005 door dr. G. De Schrijver. De commissie bespreekt o.m. de talrijke voorstellen van medewerking aan therapeutische proeven, de meeste op HIV besmette patiënten. Ze maakt opmerkingen, geeft adviezen en uit soms bezwaren die een aanpassing van het programma kunnen vergen. Een moeilijk probleem

vormen de garanties wat betreft het degelijk informeren en het bekomen van het informed consent van patiënten en/of controles in klinische navorsingen die in ongeletterde bevolkingen van de derde wereld uitgevoerd worden. In uitvoering van nieuwe wettelijke schikkingen worden de uiteindelijke beslissingen vanaf 1 januari 2006 genomen door de ethische commissie van het UZA. De commissie van het Instituut blijft echter bestaan en geeft een voorafgaandelijk advies over de ingediende voorstellen. Dit met redenen omkleed advies wordt dan doorgestuurd naar de commissie van het UZA.

D. Richtingen veranderen. De Medische Diensten van het Instituut na 1987

Vanaf 1976 komt er bezorgdheid voor de financiële toekomst van de kliniek die deficitair blijft, hoewel hogere terugbetalingstarieven werden toegestaan door het Ministerie. De diensthoofden van de laboratoria voor onderzoek van het Instituut dringen aan op rationalisatie in de kliniek en menen dat de te krappe middelen die hun toegekend worden het gevolg zijn van een onbevredigend beheer ervan. Een bijzondere commissie van de Raad van Bestuur zet zich in om de problemen op te lossen. Vanaf 1976 – 77 wordt de boekhouding van de kliniek afzonderlijk behandeld van die van het Instituut. In 1976 bedraagt het verlies 13,7 miljoen BF (340.000 euro), waarvan 3,4 miljoen BF voor het laboratorium. Er is slechts 60,7% bezetting van de bedden voor een 100% volledig personeelsbestand en de werving van twee artsen verergert nog deze toestand. Voor het eerst worden besprekingen overwogen om bedden over te brengen naar het in opbouw zijnde universitair ziekenhuis van Antwerpen (UZA), zonder aan de autonomie van het Instituut te raken. De directeur onderzoekt de mogelijkheid de bedden van de kliniek te transfereren naar één of ander van de onafhankelijke ziekenhuizen in Antwerpen, om het interuniversitair karakter van het Instituut niet in gedrang te brengen, maar door de overeenkomsten van de universiteit met de antwerpse ziekenhuizen wordt dit onmogelijk⁴⁵. In de jaren 1980 tot 1985 houdt het financieel verlies aan, niettegenstaande het terugbrengen van de bedden van 42 tot 36. De erkenning van de bedden van de kliniek ter plaatse als universitaire bedden is niet mogelijk. Toch blijft de directeur het voortbestaan van de Kliniek L. II hardnekkig verdedigen. De kliniek gaat er echter niet op vooruit en er wordt gewezen op de te lange wachttijden voor de raadplegingen. Daarbij verminderen in 1980 zowel raadplegingen als opnamen, als mogelijk gevolg van de verhoogde bijdrage die de patiënten moeten betalen op een economisch gevoelig ogenblik. In 1985 loopt het nadelig saldo op tot 9,1 miljoen BF (meer dan 225.000 euro). De resultaten van een reorganisatie blijken ontgoochelend. Vanaf de jaren zeventig werden steeds meer behandelingen van tropische ziekten ambulante, vandaar minder opnamen: De kliniek was ook te klein om aan de gewenste normen van uitrusting te voldoen met het gevolg dat patiënten voor bijzondere onderzoeken naar andere ziekenhuizen gerefereerd moesten worden, hetgeen slecht aanvaard werd. Ook kwamen er beperkingen in de financiële tussenkomst van de regering. Daarbij werden nieuwe normen bepaald voor de erkenning van de hospitalisatie, waaraan niet meer voldaan kon worden. De genadeslag was de beslissing van de Regering in 1986 om alle klinieken met minder dan 90 bedden te laten verdwijnen of fuseren tot grotere gehelen.

In 1986 komt de overeenkomst tot stand voor het transfereren van de bedden naar het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen (UZA). De conventie was voorgelegd aan

de Raad van Bestuur en werd goedgekeurd op 10-4-1987. In de conventie worden tien bedden van de Kliniek L. II opgenomen in het universitair ziekenhuis, waar het geheel blijft bestaan als 'enheid tropische geneeskunde' in de afdeling inwendige ziekten⁴⁶, onder toezicht van de internisten van het Instituut en met overname van het verplegend personeel. Het was ook voorzien dat de universiteit één wedde van geneesheer zou vergoeden. Deze wedde is niet nominaal en gaat naar de medische diensten van het Instituut. Voor het dagelijks werk werden assistenten in opleiding of vrije assistenten met een jaarlijks mandaat ingezet. De polikliniek bleef gevestigd in de gebouwen van de Kronenburgstraat. De verhuis van de bedden vond plaats op 1 oktober 1987. In de maanden tevoren heerste wel een gespannen toestand bij het paramedisch personeel van de kliniek en een zeker aantal protestacties vonden plaats binnen het Instituut, maar het algemeen gevoel was wel dat de verdwijning van de bedden onvermijdbaar geworden was. Op dat ogenblik waren de opnamen voor klassieke tropische aandoeningen sterk verminderd, maar anderzijds werden de opgenomen gevallen erger door de snelle opgang van de AIDS epidemie. Spitstechnologiën voor diagnose van de dikwijls onverwachte verwickelingen van deze gevallen ontbraken grotendeels in de Kliniek L. II.

De bezetting van de bedden in het UZA was bevredigend. Dr. Bob Colebunders, internist, specialiseerde zich voltijds op gebied van HIV besmetting en AIDS. Hij nam met zijn ploeg deel aan talrijke klinische onderzoeken over tolerantie en doelmatigheid van AIDS behandelingen die mekaar met de jaren opvolgden en meer efficiënt werden. Door deze samenwerking verwierf hij zowel nationale als internationale bekendheid.

In één van de vrijgekomen drie verdiepingen van de voormalige kliniek werd het Departement Volksgezondheid (ENOV) gevestigd. Het laboratorium kon zich uitbreiden in de voormalige dienst voor heekunde op de derde verdieping en er kwam plaats voor de groep Klinische Wetenschappen die weldra een vijfde departement ging vormen

Het klinisch laboratorium van het Instituut werd vergaand geïnformatiseerd en zette zijn vooruitgang onverminderd voort. De raadplegingen in de polikliniek bleven toenemen, ook door de vermeerdering van het aantal HIV besmettingen. Voor de begeleiding van deze patiënten werden een psycholoog en een sociale verpleegster aangeworven. De verhuis van de bedden had wel een negatieve weerslag op radiologie en echografie, maar de vermenigvuldiging van endoscopische onderzoeken speelde hierin eveneens een rol.

In 1988 werd de behandeling van de dossiers van patiënten verder geïnformatiseerd en versneld. Terwijl de opnamen in het UZA normaal evolueerden, kenden de raadplegingen een verdere heropleving mede dank zij het onverwacht succes van de reisgeneeskunde. In dit jaar waren er meer dan 7000 raadplegingen voor vermoedelijke en bevestigde tropische aandoeningen, meer dan 7000 raadplegingen voor reisadvies en 1900 consultaties in de SOA raadpleging. Het klinisch laboratorium evolueerde in dezelfde mate hoewel de vermindering met 30% van de tarieven van de klinische biologie wel een tegenvaller was. In de vijftien volgende jaren gaan de consultaties voor reisadvies verdubbelen en die voor SOA/AIDS bijna verdrievoudigen. De raadplegingen voor importziekten vermeerderen in veel mindere mate.

In 1991 gingen de raadplegingen er nog steeds op vooruit, niettegenstaande de eerste Golfoorlog. Reisadviezen en vaccinaties namen tijdelijk af. De SOA raadplegingen stabiliseerden zich. In de volgende jaren werden de lokalen van de polikliniek nogmaals gerenoveerd. De reisgeneeskunde hervatte en men telde bijwijken tot 200 telefonische oproepen voor reisadvies per dag ! Een automatisch telefonisch antwoordsysteem werd dan in gebruik genomen.

In 1992 - 1993 werden de medische diensten op grondige wijze geherstructureerd in drie onderdelen (zie organigram). Naast een onderdeel klinische diagnostische en curatieve activiteiten kwam er een onderdeel informatie over tropische geneeskunde en reisadvies en een derde onderdeel, de klinische wetenschappen, dat het klinisch research en de klinische aspecten van het onderwijs groepeerde.

Het onderdeel klinische activiteiten bestond uit drie geledingen: de hospitalisatie met het beheer van de afdeling voor tropische geneeskunde en voor AIDS behandeling in het UZA, het laboratorium van de polikliniek en de raadplegingen beide gevestigd in het Instituut zelf en op hun beurt onderverdeeld in een internistische raadpleging voor importpathologie, waarbij specialistische raadplegingen voor huidziekten, gastro-intestinale pathologie en kinderziekten horen, een raadpleging voor SOA en HIV besmettingen en een raadpleging voor preventief reisadvies en vaccinaties. De medische diensten van het Instituut zijn het enig referentie centrum in België voor tropische en besmettelijke pathologieën en zijn één van de acht nationale referentiecentra voor diagnose en behandeling van HIV/AIDS.

In 1994 werd de dienst radiologie overgenomen door dr. Guy Luyckx. Deze kon tot op heden het financieel evenwicht van de radiologie behouden, inclusief investeringen, niettegenstaande het verdwijnen van de opnamen.

In 1996 werden de klinische wetenschappen duidelijker gescheiden van de medische diensten. In de nieuwe organisatie blijven deze laatste autonoom met eigen structuur, eigen staf en boekhouding, maar hun werking is nauw verbonden met die van de klinische wetenschappen, die, als eigen departement, het onderwijs, het onderzoek en het wetenschappelijk dienstbetoon verzekeren. De medische diensten, hebben een eigen hoofdgeneesheer (in 2005 dr. A. Van Gompel) vroeger kliniekhoofd en de klinische wetenschappen een eigen voorzitter (dr. J. Van Den Ende). De meeste stafleden van het departement werken ook in de medische diensten. De geledingen blijven behouden: reisgeneeskunde, tropische ziekten en importpathologie, HIV/SOA zorg en het beheer van de hospitalisatie in het UZA. De activiteiten zijn zowel preventief zoals reisadvies en informatie over SOA en HIV besmetting als curatief. Op de raadplegingen werden in 1999 ongeveer 12.000 reisadviezen gegeven aan reizigers en toekomstige geëxpatrieerden en werden 24.000 vaccinaties toegediend, dank zij een team van een tiental speciaal hiervoor opgeleide geneesheren, met bijstand van het nodige verplegend en administratief personeel. Deze artsen zijn losse medewerkers bezoldigd per prestatie.

Op de SOA/HIV raadplegingen bestaat 85% van de patiënten in 2004 uit gevallen van HIV/AIDS voor lange duur gevolgd in de polikliniek en in het UZA door een gespecialiseerd team, met inbegrip van psychologische en sociale ondersteuning. In 2001 telde deze groep een negenhonderd gevallen van HIV besmettingen. Van

januari 2001 tot midden 2005 werden meer dan 1650 HIV besmettingen geregistreerd en gevolgd, waarvan sommige ondertussen reeds overleden. In 2004 waren er 143 nieuwe patiënten, w.o. 28% Belgen. Een tweede deel van de raadpleging met 15% van de patiënten is samengesteld uit gevallen van SOA besmettingen of uit personen die vragen voor een HIV test. Deze laatste groepen zijn bijzonder belangrijk voor de promotie van een preventieve aanpak van HIV/AIDS.

Een belangrijk deel van het reisadvies wordt verstrekt langs de media. Een telefonische permanentie bereikbaar 24 uur op 24 ontving 30 tot 50 oproepen per dag in 2001. Het automatisch gestuurd telefonisch menu met spraak herkenning technologie, in gebruik sinds 1991 werd vanaf 1-1-2004 vervangen door een automatisch travelphone systeem met gebruik van toetsen. In 2004 ontving het 19.339 oproepen, gemiddeld 76/dag. waarvan ongeveer 15% verder "live" behandeld werden. Het bestaande fax-on-demand systeem voor reisadvies werd in april 2002 afgebouwd ten voordele van de websites. Sinds 1997 zijn meerdere websites toegankelijk voor advies waarvan twee van het Instituut, en een derde van een veel geraadpleegde provider. De drietalige website wordt voortdurend opgedateerd en ontving 120.000 hits in 2004. Het reis advies wordt verder vervolledigd door regelmatig bijgewerkte land per land handouts.

De curatieve raadpleging ontving 7.926 bezoeken in 2004, hetzij een toename van 9% op vijf jaar en de SOA/AIDS raadpleging 5.286 bezoeken, hetzij 63% meer in dezelfde periode. Er waren gespecialiseerde raadplegingen voor dermatologie, gastro-enterologie en kindergeneeskunde. De overgrote meerderheid van de tropische ziektegevallen worden nu ambulantly behandeld, maar zo nodig worden de patiënten opgenomen in de bedden van de klinische diensten van het Instituut in het UZA. Er waren in 2004, 13.735 raadplegingen, voor reisadvies, een toename met 11%, en 30.445 vaccinaties. Sinds 2000 wordt een jaarlijkse enquête uitgevoerd op basis van naamloze formulieren over de tevredenheid van de patiënten en desgevallend worden maatregelen ter verbetering aangebracht. Naast de curatieve raadpleging staat ook een telefonische permanentie 24 uur op 24 ter beschikking van uitwendige artsen voor advies i.v.m. problemen van importziekten.

Vóór 1960 werd de polikliniek vooral bezocht door kolonials van de staatsdiensten en de privésector. Na 1960 waren de bezoekers coöperanten, geleidelijk vervangen door reizigers en geëxpatrieerden. In het begin van de XXIste eeuw is er een overgang naar een migrantenraadpleging. Dit heeft het nadeel dat de meeste van deze patiënten raadplegen voor banale kosmopolitische klachten en weinig of niet voor de ziekten die de eigenheid zijn van het Instituut en waarin de staf van de medische diensten een bijzondere deskundigheid heeft opgedaan. Dit stelt een ernstig probleem voor de toekomst zowel op gebied van rentabiliteit als van optimalisatie van het werk van de specialisten. Het Instituut investeert in de polikliniek en de vroegere vraag stelt zich opnieuw of fondsen aldus niet afgeleid worden van taken met een belangrijk research component naar algemeen dienstbetoon dit ten nadele van opleiding en navorsing.

Toch blijkt er in de zes laatste jaren (zie grafiek) nog een regelmatige toename te zijn van de raadplegingen zowel voor potentieel tropische ziekten als voor SOA/HIV besmettingen, iets meer uitgesproken zelfs voor de eerste groep. In de laatste jaren is er ook een relatief evenwicht tussen de opnamen voor tropische ziekten en AIDS,

die echter wel het overgroot deel van de ligdagen vertegenwoordigen. Waar het invoeren van de polytherapie voor AIDS (HAART of highly active anti retroviral therapy) een sterke en snelle vermindering van de opnamen voor deze ziekte betekende, nam dit aantal geleidelijk opnieuw toe, deels wegens de grotere totale hoeveelheid overlevende patiënten, deels wegens resistentie aan de behandeling of andere oorzaken. De dienst tropische geneeskunde beschikt in het UZA over een aantal bedden dat aangepast wordt aan de noden. In 2005 draagt prof. J. Van Den Ende de verantwoordelijkheid voor de patiënten opgenomen in het UZA.

Het gebied van de tropische geneeskunde enerzijds en dat van HIV/AIDS anderzijds nemen nu een zodanige uitbreiding dat een verdere specialisatie onvermijdbaar wordt. Slechts de artsen van de opname afdeling zullen in de toekomst nog in beide onderdelen hun bekwaamheid moeten behouden. Daarnaast voorziet het beleid ook een fusie van de multiële patiëntenbestanden, ten dienste én van de polikliniek én van de opname in het UZA. Dit past in een nauwere overdracht van informatie tussen beide instellingen.

Het geheel van de klinische wetenschappen functioneert sinds 1996 op dezelfde wijze als de vier andere departementen en werd overigens in 1997 als volwaardig eigen departement erkend. Het omvat de eenheden research in de tropische geneeskunde, klinisch onderzoek op gebied van HIV/AIDS en reisgeneeskunde. Medische mycologie werd als subeenheid in het departement opgenomen in 1997. Het beleidsplan van het departement definieert vier voornaamste taken, onderzoek op gebied van tropische ziekten met nadruk op patiëntgebonden klinische en epidemiologische aspecten, opvang en optimalisatie van de behandeling van patiënten met HIV/AIDS en SOA besmettingen, onderwijs op het gebied van tropische- en importziekten en wetenschappelijke dienstverlening. In 1996 maakte ook de klinische epidemiologie er kortstondig deel van. Dit resulteerde uit de splitsing van de interdepartementale dienst epidemiologie in twee eenheden waarvan de andere de eenheid epidemiologie van de volksgezondheid is. De activiteiten waren gericht naar de studie van de determinanten en de preventie van moedersterfte in de derde wereld. Bij gebrek aan titularis verdween de klinische epidemiologie echter in 1998 en gingen de gedeelde taken van onderwijs in de epidemiologie, de biostatistiek en de demografie in de verschillende curricula volledig over naar de epidemiologen van het Departement Volksgezondheid (ENOV).

In 2002 werd het Departement Klinische Wetenschappen geëvalueerd door de Wetenschappelijke Raad van Advies. Overeenkomstig de besluiten van de commissie werd een herschikking van de onderzoekseenheden uitgevoerd. De tropische geneeskunde en de klinische biologie werden samengevoegd, hetgeen ze de facto al waren. Ze zullen zich vooral richten op klinisch onderzoek in de tropen en staan dus in voor het educatief en wetenschappelijk dienstbetoon in het Zuiden. De eenheid reisgeneeskunde concentreert zich dan op de gezondheidszorg voor reizigers en voor migranten, de eigenlijke importpathologie. De eenheid HIV/SOA voert klinisch onderzoek uit zowel in het Westen als in het Zuiden, met de meerwaarde dat de behandelingen voor AIDS, waarover ruime ervaring was opgedaan in Antwerpen van dan af ook beschikbaar werden in de derde wereld.

In 2003 werd de restructuratie van het departement beëindigd, zoals voorgesteld in de evaluatie. In het Zuiden breidde de eenheid tropische geneeskunde haar samenwerking uit met o.m. de universiteit van Lima in Peru, de HOPE kliniek in

Phnom Penh in Cambodja, het CHU van Kigali in Rwanda, het INRB en het PNLIS in Kinshasa in de DRC, enz.

De taken van de eenheid tropische geneeskunde werden gedeeltelijk overgenomen door de eenheid reisgeneeskunde die het research i.v.m. importpathologie in Europa voortzette. Ze bestaan in het onderzoek van de klassieke problemen van de importpathologie, koortsen, de etiologie van gastro-intestinale klachten, met nadruk op de parasitaire etiologiën, en hypereosinofilie..Zo werden in 1997 snelle methodes voor de diagnose van malaria getoetst. In 2002 werd ook begonnen met het toezicht over import van hemorrhagische koortsen in een Europees kader. De subeenheid mycologie werkte in 2002 op cryptococcose, sporotrichose en diepe mycosen in het verloop van AIDS. De belangrijke inzet van de eenheid in het interactief multimedia onderwijs werd vermeld in hoofdstuk 2. De eenheid verspreidt alle mogelijke informatie over epidemieën, prevalentie en resistentie van tropische ziekten onder vorm van brochures, voordrachten, e.d. Ze geeft adviezen over klinische gevallen van vermoedelijk tropische aandoeningen en verzekert de updates in teksten over tropische geneeskunde. Ze neemt deel aan congressen, studies en enquêtes o.m. in het vooruitzicht van een Europese databank beschikbaar via internet. Deze TropNetEurope (European Network on Imported Infectious Diseases Surveillance) is het Europees netwerk van gespecialiseerde klinieken in Europa die op gestandaardiseerde wijze een aantal importziekten monitoren, waaraan dr. J. Clerinx informatie verstrekt over malaria en schistosomiasis en in de toekomst over andere importziekten. Dr. F. Van Gompel gaf in 2000 een standaardwerk uit over reisgeneeskunde voor de huisarts. Eén van de artsen (dr. E. Bottieau) kon meer dan 2.000 recente gevallen van koorts in de importpathologie inventariseren en volgen. Over dit werk werden tot nu toe vijf publicaties ingediend. De registratie wordt voortgezet en zal op langere termijn resulteren in een expertsysteem voor geïmporteerde systeem, deels gesteund op KABISA.

De eenheid HIV/SOA heeft wetenschappelijke activiteiten zowel in België als elders in Europa en in het Zuiden. Ze werkt samen aan klinische en sociologische onderzoeken o.m. over bruikbaarheid en doelmatigheid van combinaties van geneesmiddelen en over de kwaliteit van de zorg aan personen met HIV besmettingen. Ook aan studies over de opsporing van- en eventuele screening voor Chlamydia besmettingen in Vlaanderen en de diagnose van HIV en longtuberculose in Kigali wordt deelgenomen. Ze verzekert het onderwijs over SOA en HIV zowel in het Instituut als extramuraal en organiseert sedert 1998 de jaarlijkse bijscholing voor vlaamse artsen en paramedici (PGTHIV). In 2002 werd de behandeling nagegaan van de associatie van HIV met hepatitis C besmettingen. Op gebied van AIDS was er samenwerking met instellingen in Cambodja, in Peru, in Rwanda en in Congo (het Programme National de Lutte contre le Sida of PNLIS) zowel over de behandeling met antiretrovirale drugcombinaties als over de optimalisatie van de aanpak van tuberculose.

De activiteiten van het vroeger laboratorium van mycologie werden ondergebracht in het Laboratorium voor Klinische Biologie. De subeenheid mycologie van het Departement voor Klinische Wetenschappen organiseert de jaarlijkse specialisatiecursus in de mycologie en voert, alleen of in samenwerking met partners in een twaalftal landen, talrijke wetenschappelijke activiteiten uit o.a. op gebied van cryptococcose, waarvoor ze het referentiecentrum is. De subeenheid is ook

betrokken in een internationaal programma dat tot doel heeft het onderwijs in de medische mycologie in Latijns Amerika en de uitwisseling van postgraduaat studenten te bevorderen. In 2004 werden 7.516 stalen ontvangen voor mycologische diagnose.

Het laboratorium voor klinische biologie heeft een lange geschiedenis achter zich. Dr. G. Van Ros werd in 1988 opgevolgd door lic.wet. T. Vervoort bijgestaan sinds 1998 door dr. M. Van Esbroeck voor het deel microbiologie. In 2006 wordt dr. J. Jacobs laboratoriumhoofd. In latere jaren werden alle klinische laboratoriumtesten gecentraliseerd, op een zeker aantal gespecialiseerde onderzoeken na. Deze worden uitbesteed aan de relevante laboratoria zoals de HIV diagnose (K. Fransen), de Chlamydia serologie (M. Laga) de mycobacteriologie, (F. Portaels), de bepalingen van lymfocyten subpopulaties bij HIV/AIDS patiënten (L. Kestens), de PCR identificaties van Chlamydia en van Leishmania besmettingen (J.C. Dujardin), de serodiagnose van cysticercose en trichinosis (Departement Diergeneeskunde) enz. In de overeenkomst met de Universiteit Antwerpen bij de overname van de bedden van de kliniek werd bepaald dat alle onderzoeken die niet in het Instituut gebeuren (virologie, anatomo-pathologie e.d.) bij voorkeur naar de laboratoria van de universiteit worden doorgestuurd terwijl alle onderzoeken van het UZA die in verband staan met tropische ziekten naar het Instituut gaan. In 2006 gebeuren de scheikundige, hematologische en serologische onderzoeken in de gebouwen van de vroegere kliniek terwijl de microbiologie nog elders in het Instituut wordt uitgevoerd, een tijdelijke toestand.

Het laboratorium werd, samen met de medische diensten, in 1998 door ministerieel besluit van het Ministerie voor Volksgezondheid als enig nationaal referentiecentrum voor identificatie en bevestiging van parasitaire en mycotische aandoeningen ook serologisch, en van infectieziekten erkend, dit laatste wellicht een overmatig uitgebreide bevoegdheid. Het is ook het aanbevolen referentiecentrum voor leptospirosen en voor cryptococcose. In 2001 werd het opnieuw, zoals voorheen, referentiecentrum voor de surveillance van gonokokken o.m. wat betreft de resistentie. In 2001 werd begonnen met het toezicht op serologische basis van geïmporteerde dengue gevallen. Daarnaast is het laboratorium voor mycobacteriologie van het Departement Microbiologie het referentiecentrum voor de diagnose van tuberculose.

Op wetenschappelijk gebied test het laboratorium nieuwe diagnostische methodes uit. Het werkt samen met andere eenheden van het Instituut die research in de derde wereld uitvoeren o.m. met het Departement Parasitologie i.v.m. de activiteiten voor de controle van malaria in Vietnam. Het laboratorium onderhoudt een nauwe samenwerking met het nationaal Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid op gebied van kwaliteitscontrole en van mycologie. Een belangrijke bevinding van de laatste jaren, in samenwerking met de universiteit van Leiden, was het aantonen van het onderscheid tussen twee morfologisch identieke amoeben soorten, waarvan één, de minderheid, pathogeen is en behandeling vergt terwijl de tweede soort veel meer voorkomt, onschadelijk is maar dikwijls ten onrechte behandeld wordt. Het laboratorium tracht ook de rol te verduidelijken van andere parasieten zoals een uiterst vergankelijke darmamoebe van de mens, voor het aantonen waarvan het onderzoek van de ontlasting binnen het kwartier moet gebeuren hetgeen bijzondere

voorzorgen vergt en wellicht een reden van onderschatting is van de rol van deze soort.

Sedert 1999 is het laboratorium verantwoordelijk voor het verloop van de practica in parasitologie, bacteriologie en hematologie in het onderwijs van het Instituut. Hiervoor staan drie laboranten in. Van 2001 tot 2005 richtte het een Franstalige bijscholingscursus op voor klinische biologen en hoofdlaboranten uit ontwikkelingslanden (FCTLMT) in het kader van het raamakkoord met het DGOS. Het laboratorium ontvangt laboranten in opleiding en ook enkele technici uit ontwikkelingslanden als stagiairs.

De onderzochte stalen komen overwegend van de poliklinische raadpleging en van de opnamen in het UZA, en behoren anderzijds tot het materiaal dat voor referentie toegestuurd wordt en voor het onderzoek waarvan een vaste bijdrage ontvangen wordt van het Ministerie voor Volksgezondheid. Daarnaast wordt een aantal stalen ontvangen van patiënten gerefereerd door artsen uit de buurt van het Instituut. Dankzij de bijdrage van het ministerie blijft het financieel evenwicht van het laboratorium verzekerd. In 2005 werkten 27 technische en administratieve personeelsleden op het laboratorium, hetzij 17,5 voltijdse equivalenten. In 2004 werden meer dan 500.000 laboratorium onderzoeken uitgevoerd tegenover 386.000 in 1999 en 343.000 in 1994.

De staf van het laboratorium voert zendingen uit ter ondersteuning van de uitbouw en werking van laboratoriumdiensten in het Zuiden en hielp o.m. aan de reorganisatie van het Institut de Recherches en Sciences Biomédicales (IRSNB) van Kinshasa in de DRC.

Een dertigtal artsen zijn in 2005 op één of andere wijze verbonden met het departement. Een achttal geneesheren internisten, onder uiteenlopend statuut als volledig of deeltijds medisch kaderpersoneel of zelfstandig academisch personeel, verzekeren de werking van het Departement Klinische Wetenschappen en van de medische diensten, m.i.v. laboratorium en radiologie. Ze zorgen voor het belangrijk lessenpakket over tropische ziekten m.i.v. SOA en AIDS/HIV zowel in het Instituut zelf als erbuiten, het interactief en afstandsonderwijs, voor het klinisch werk in de polikliniek en in de opname afdeling, voor het medisch advies, voor het research in de importpathologie en voor de steeds meer belangrijke activiteiten van allerhande aard in het Zuiden. Eén van de internisten is infectiologe en superviseert het dagelijks werk in het UZA. In de medische diensten werken drie verpleegsters en twaalf administratieve krachten, hetzij ongeveer zeven voltijdse equivalenten.

Tot rond 1995 was het departement hoofdzakelijk betrokken in het onderwijs en het dienstbetoon in België zelf. Van dan af werden de activiteiten geleidelijk meer en meer gericht naar onderzoek en bijstand overzee. In de planificatie van het beleid van het departement zal dan ook gestreefd worden naar nog meer betrokkenheid van de staf in het Zuiden, naar opleiding of werving van stafleden op doctoraal niveau, naar meer efficiëntie in de dienstverlening.

De lopende projecten van het departement in 2006 gaan voornamelijk over de diagnose van amoebiasis (T. Vervoort en J. Van Den Ende), de oorzaken van koorts in de importpathologie, een studie die over 10 jaar zal lopen (J. Van Den Ende en E.

Bottieau), de samenwerking met TropNetEurope voor de epidemiologische surveillance van malaria, schistosomiasis en dengue (J. Clerinx, M. Van Esbroeck), de verdere ontwikkeling van de interactieve CD-Rom programma's over Tropische Geneeskunde (E. Van Den Enden) en medische beslistkunde (J. Van Den Ende), de verschillende trials voor behandeling van HIV besmettingen en AIDS (R. Colebunders) en voor de behandeling van de associatie hepatitis C/HIV, de studie over psychologische ondersteuning van AIDS patiënten en verwanten, de EuroSida cohort studie (R. Colebunders), de database ITM/HIV cohort studie, de klinische opleiding op gebied van AIDS in Cambodja (L. Lijnen), de institutionele samenwerking met het Instituto de Medicina Tropical van Lima (J.C. Dujardin), de samenwerking met het Institut National de Recherches Biomédicales in Kinshasa (T. Vervoort), de meta-analyse van gegevens, het ontwikkelen van algoritmen en de opleiding tot klinisch onderzoek aan de Centre Hospitalier Universitaire van Kigali in Rwanda (J. Van Den Ende). In 2004 ondernam het departement ook de ondersteuning van een programma voor AIDS zorg in Tete in Mozambique met fondsen van de Vlaamse Regering (L. Lynen).

R. Colebunders bracht een sabbatical jaar door aan het Makerere College van Kampala (Uganda) i.v.m. de oprichting van het Infectious Disease Institute (IDI) van het Mulago hospitaal. Deze IDI moet een Centre of Excellence worden in Afrika voor de behandeling van besmettelijke ziekten, waaronder AIDS. Het is zowel betrokken in onderzoek als in opleiding. en er wordt gedacht aan de mogelijkheid in de toekomst een deel van de voorziene master opleiding in de klinische wetenschappen hier in samenwerking met de universiteit van Kampala te organiseren⁴⁷.

Verder ontwikkelde de eenheid in 2003 Telemedicine, oorspronkelijk langs e-mail beschikbaar en in 2004 uitgebreid tot een discussieforum op het web (zie hoofdstuk II).

In 2004 hebben de leden van het departement deelgenomen aan een 80-tal publicaties, verslagen en abstracts over een wijde waaier van onderwerpen en van geografische achtergronden waaronder aspecten van HIV/AIDS in België, Cambodja, Peru en diverse Afrikaanse landen, koortsen en malaria in de import pathologie, cryptococcose bij dieren, behandeling van hepatitis C, hemorragische koortsen in Congo, import uit Frankrijk van een Hantavirus besmetting, kanker in Afrika, gezondheidsadviezen voor reizigers, toepassing van klinische logica, evaluatie van het KABISA programma en van Telemedicine, enz..

In de beleidslijnen voor de komende vijf jaren op gebied van research worden de gaande onderzoeken voortgezet en uitgebreid. Naast de verdere studie van koortsen in de importpathologie, m.i.v. het gebruik van moleculaire technieken, en van onderschatte parasitaire oorzaken van diarree, wordt de verdere toepassing van de methoden van de medische logica in de problematiek van de tropische ziekten verder uitgetest zowel in België als in de derde wereld, o.m. in Rwanda, Laos en Ecuador. Het hoofddoel van de HIV/SOA eenheid blijft het verbeteren van de zorgverlening voor deze ziekten zowel in het Westen als in het Zuiden. In België wordt het onderzoek voortgezet van de evaluatie van de zorg aan HIV besmette personen, het Eurosupport Initiatief V, de doelmatigheid, de aanvaardbaarheid en de nevenwerkingen van nieuwe geneesmiddelen en combinaties, de studie van langdurig overlevenden zonder behandeling en van niet besmette partners van

virusdragers en de virale en immunologische determinanten van deze weerstand, de co-infecties met andere virale besmettingen als hepatitis C, enz.. In ontwikkelingslanden wordt voortgegaan met de evaluaties van de aanpak van het probleem om de meest rendabele benadering te identificeren, dit insamenwerking met de departementen microbiologie en volksgezondheid. De resultaten van de behandeling in deze arme omgevingen, de relevantie van de gebruikte methoden van opvolging, de impact van nieuwe behandelingen of strategieën, de zogenaamde immune reactivatie syndrome (IRIS), de weerstand aan de behandeling worden verder nagegaan in samenwerking o.m. met microbiologie, naast nog een vijftal andere projecten. De landen in het Zuiden die in aanmerking komen voor deze studies zijn Cambodja, Peru, Rwanda, Uganda, Mozambique, Zuid-Afrika en de DRC (Congo).

Zoals eerder vermeld nemen in ruimere zin alle departementen deel aan het dienstbetoon aan de derde wereld en de tropische gebieden, met een weerslag voor de bevolking die min of meer onmiddellijk kan zijn, volgens de aard van de ingrepen. Dit is ook het geval voor het Departement Diergeneeskunde op uiteenlopende wijzen o.m. door controle van zoönosen, door verbetering van de dierlijke productie met resultaten zowel op vlak van de economie als van voeding van de plaatselijke inwoners, door behoud van de wildstand e.d...

Op het Instituut zelf werden bijwijken ook raadplegingen gehouden voor huisdieren, die wat meer systematisch gebeurden a rato van drie halve dagen per week tussen 1990 en 2000. De interesse ging toen vooral naar geïmporteerde ziekten van huisdieren zoals leishmaniasis. Belangrijker is het dienstbetoon aan de dierentuin van Antwerpen. Vanaf de vestiging in Antwerpen werd, o.m. door J. Rodhain op het belang van een samenwerking gewezen. Gedurende jaren was de titularis van de diergeneeskunde, prof. J. Mortelmans eveneens dierenarts van de zoo. Er is nu een eigen veeartsenijkundige dienst in deze instelling, maar twee dierenartsen van het Instituut springen in wanneer nodig. Verder wordt een deel van het materiaal van de dierentuin onderzocht in het departement. De wetenschappelijke aspecten van de langdurige samenwerking tussen de twee instellingen worden behandeld in hoofdstuk 4C.

Slotbeschouwingen

Initieel was de voornaamste rol toegekend aan de kliniek de opleiding van de leerlingen van de School voor tropische geneeskunde. Deze didactische doeleinden kwamen slechts aan hun trekken in de eerste jaren van de oprichting van de School en dan nog in moeilijke omstandigheden wegens de verwijdering van de Villa Coloniale van de School en de onbevredigende inrichting ervan. Later zou deze rol geminimaliseerd worden door het steeds groter aantal studenten en het statuut van de opgenomen patiënten, ambtenaren uit staatsdiensten of uit de privé sector. Toch werden aldus stalen van patiënten besmet met tropische ziekten beschikbaar voor de praktische lessen, steeds een belangrijk en geapprecieerd deel van het onderwijs aan het Instituut.

Na de verhuis naar Antwerpen werd tot na 1950 weinig wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd op materiaal van de kliniek. De geneesheren van de kliniek waren in de eerste jaren weinig happig om hun patiënten te onderwerpen aan onderzoeken met

research bedoelingen. Hierin kwam verandering wanneer P.G. Janssens de directie van de kliniek op zich nam. Er verschenen toen publicaties over doelmatigheid en nevenwerkingen van het groeiend aantal geneesmiddelen die op de markt kwamen onder meer voor de behandeling van besmettingen door parasieten. Het klein aantal proefpersonen werd gedeeltelijk goedge maakt door de betere kwaliteit van de observatiemiddelen in vergelijking met de tropische streken.

Met de opgang van de AIDS epidemie kwam hierin verandering. Het Instituut had de gelegenheid zowel met het HIV virus besmette patiënten uit de tropen te volgen als eigen patiënten van de SOA raadpleging, die longitudinaal geobserveerd en behandeld werden in de ad hoc afdeling in het UZA en in de raadpleging op het Instituut. Ook de toename van het aantal artsen verbonden aan de medische diensten gaf meer gelegenheid voor zendingen in de landen van het Zuiden, hetgeen niet alleen een vruchtbare samenwerking bevorderde maar ook de ervaring en de kennis van de staf ten goede kwam. De belangrijke plaats die het Departement Klinische Wetenschappen nu inneemt in het onderwijs, het research en het dienstbetoon in de derde wereld is echter vooral te danken aan de inzet en de ondernemingsgeest van de leden zelf van deze staf.

Ondertussen blijven de medische diensten, de polikliniek in de gebouwen van het Instituut en de opnamen in het UZA, onmisbaar voor het welzijn van reizigers en tijdelijk geëxpatrieerden, twee categorieën landgenoten waarvan het belang niet zal ophouden te vermeerderen in de komende jaren. Toch blijft een decentralisatie van deze activiteiten onontbeerlijk. Hierin heeft het Departement Klinische Wetenschappen van het Instituut eveneens zijn plaats zowel door zijn rol in het onderwijs met o.m. het ontwikkelen van interactief materiaal voor een betere kennis van de ziekten van de warme landen als door zijn rol als erkend referentiecentrum voor al hetgeen tropische ziekten betreft. Getuigen hiervan zijn de meer dan 1.200 diagnoses of bevestigingen van tropische besmettelijke ziekten in 2004, waaronder 208 gevallen van malaria en minstens 150 potentieel levensgevaarlijke aandoeningen indien niet of niet tijdig behandeld. In de toekomst zal het probleem zich echter stellen hoever de medische diensten kunnen gaan in het dienstbetoon o.a. voor de migrantenbevolking, zonder de principiële taken van het Instituut, onderzoek en onderwijs, in het gedrang te brengen.

Notes

- ¹ Ann.Rep. 1969 – 70
- ² report of the subcommission.
- ³ Dryepondt 1899
- ⁴ Dubois in Ann. Rep.1955 - 56; Rodhain 1932
- ⁵ AITM 3.1.1.1. report 1913
- ⁶ AITM 1.7.2.1.2, letter 29-9-21
- ⁷ AITM, Fonds Dubois 12 VC 1 and VC 2
- ⁸ Annuaire...1932,
- ⁹ AITM, F. D. 12/2
- ¹⁰ P.G. Janssens, pers.com..
- ¹¹ Kivits 1988; but this Dupont is not mentioned among the physicians of the Free State.
- ¹² Rodhain 1932
- ¹³ AITM 3.1.1.1.
- ¹⁴ Ann. Rep. 1955 - 56 .
- ¹⁵ AITM F.D. 13
- ¹⁶ AITM F.D. 11 letter.28-1-31
- ¹⁷ Ann. Rep. 1955 - 56
- ¹⁸ AITM F.D. 13, note 6-10-1928.
- ¹⁹ AITM 1.4.1.7
- ²⁰ AITM 1.4.1.7
- ²¹ AITM 1.4.1.7
- ²² Ann. Rep. 1933 - 34
- ²³ Ann. Rep. 1962 - 63
- ²⁴ Ann. Rep. 1943 - 44
- ²⁵ AITM 4.1.2.1.27
- ²⁶ AITM 1.7.9.3.2 letter JR of 10-2-36
- ²⁷ Dubois 1980
- ²⁸ Dubois in nécrologie R. Repetto ASBMT 40: 712, 1980
- ²⁹ AITM 4.1.2.1.3.
- ³⁰ AITM 1.7.9.3.1.3. letter of 23-9-1937.
- ³¹ Valcke 1942
- ³² Ann. Rep. 1944 - 45.
- ³³ Ann. Rep. 1942 - 43
- ³⁴ Ann. Rep. 1947 - 48
- ³⁵ Van Bogaert 1956
- ³⁶ Rodhain 1943.
- ³⁷ P.G. Janssens ,. pers.com.
- ³⁸ Ann. Rep. 1961 - 62
- ³⁹ Van Ros 1977 .
- ⁴⁰ Taelman et al. 1983..
- ⁴¹ Van Marck, pers. com. 19-10-05.
- ⁴² Piot et al., 1984
- ⁴³ Van De Perre et al. 1984..
- ⁴⁴ Unger et al. 1983
- ⁴⁵ AITM 1.5.1.2.9, report of the executive committee of 2-9-1977
- ⁴⁶ Ann. Rep. 1987 - 88
- ⁴⁷ G. Van Heusden, pers.com 2005.