



(Kuuda leprosooriumist. Juhataja: dr. P. Parmakson.)

## Leepra vastu võitlemisest Eestis.

Paul Parmakson.

Plaanikindel leeptra vastu võitlemine on meie maal alanud möödunud sajandi lõpul leprosooriumide avamisega. Eriti energiliselt jätkus see võitlus käesoleva sajandi alguses, kui meil Norra eeskujul tegevusse astusid eriliste ülesandeiga leeptraarstid. Sel võitlusel on olnud häid tulemusi: 1901. a. oli leeptrahaigete arv praegusel Eesti territooriumil Tallvik'u<sup>22</sup> järele 552, 1926. a. aga — 236, seega vähenemine 316 haige võrra (57%) 25 a. jooksul. Järjekindlat leeptrahaigete vähenemist on näha ka viimase 10 a. jooksul. Tabelis 1 toome

Tabel 1. Isoleeritud leeptrahaigete ja uute registreeritud juhtude arv Eestis 1926.—1935. a.

|   | 1926 | 1927 | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | 1932 | 1933 | 1934 | 1935 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Isol. haigete arv . . . . .               | 236  | 235  | 213  | 212  | 213  | 207  | 198  | 195  | 192  | 184  |
| Uute registreeritud juhtude arv . . . . . | 9    | 10   | 15   | 12   | 15   | 14   | 19   | 18   | 12   | 6    |

Riigi Statistika Keskbüroo poolt lahkesti kasustada lubatud andmed selle aja jooksul leprosooriumes isoleeritud ja uuesti registreeritud haigete kohta. Sellest on näha, et 10 viimase aastaga on meil leeptrahaigete arv vähenenud 52 juhu võrra (22%), kuid uute registreeritud juhtude arv püsib ligikaudu ühel tasemel, liikudes 6—19 piirides aastas. Haigete üldarvu vähenemine viimase 10 a. jooksul on tingitud peamiselt komisjonide poolt suure arvu (70) haigete vabastamisest. Vabastatuist on jäänud 39 haiget (üle 50%) retsidiivita, kuna 31 haiget retsidiivi puhul on uuesti interneeritud. Sellest näeme, et meil viimasel ajal on küll leeptrahaigete vähenemist mär-

gata, kuid see vähenemine on võrdlemisi väike ja seda tuleb energilise ravi tulemusena võtta, uute leeprajuhtude esinemine aga püsib ühel tasemel ja ei ole näidanud 10 a. jooksul mingisugust langemistendentsi.

Ei või ütelda, et leepra esinemine näidatud arvudes kujutaks meil rahva-tervishoiuliselt mingisugust ohtu: selle haiguse vähese nakkavuse tõttu on see oht minimaalne, siiski peaksime leepra vastu võitlemise eesmärgiks võtma sellest haigusest täielise vabanemise juba sellel kaalutlusel, et leeprahaigus ei ole omane kultuurrahvaile ja esineb peamiselt ebatervishoiulikes oludes. Mõned meie naabrid (Norra, Rootsi, Taani) on sellest õnnelikult lahti saamas. Ka on praegusel ajal igal maal, kus pidalitõbi veel esineb, käimas energiline aktsioon selle haiguse vastu: Briti leepra vastu võitlemise selts on võtnud kavasse 25 a. jooksul likvideerida massilised haigustumised asumaades; Anderson<sup>1</sup> nõuab 25 a. jooksul leepra likvideerimist Brasiilias; Jaapanis, Filippiinidel ja Ameerikas on tarvitusele võetud energilised administratiivsed ja meditsiinilised abinõud. See aktsioon on asetatud rahvusvahelisele alusele Rahvusvahelise Leepra Ühingu asutamisega 1930. a. ja Rahvasteliidu tervishoiu korralduse poolt leeprakomisjoni ellukutsumisega. Viimase poolt on organiseeritud rahvusvaheline leepra uurimise tsentrum Brasiilias ja tehtud haiguse uurimisi mitmeis mais. Laiaulatuseline leepravastane aktsioon on võimalik tänu neile edusammudele, mis selle haiguse uurimise alal on tehtud viimaseil aastakümneil. Et siin on vaated palju muutunud, siis võtame nüüd tunnustatud seisukohtadest väljudes vaatlusele ja hindamisele ka meil maksva olukorra leepra vastu võitlemise alal.

Ehk küll paljudes lõplikult lahendamata küsimusis leepra alal üksikute uurijate vaated lähevad lahku, on siiski üldtunnustatud seisukohti, millega võib praktiliselt leepra vastu võitlemise abinõude hindamisel arvestada. Me arvame eelolevas kirjutises üldtunnustatuks need seisukohad, mis on avaldatud Rahvasteliidu leeprakomisjoni 1931. a. aruandes<sup>21</sup>. Selle aruande järele on tähtsamaiks tegureiks leepravastases võitluses nakkavate juhtude isoleerimine, epidemioloogiline

kontroll ja haigete ravimine, mille juures me ka peatume, kuna teised soovitatud abinõud, nagu nõuandlad, leeprahaigete laste eest hoolitsemine ja üldine propaganda ei oma meie oludes erilist tähtsust.

### Isoleerimine.

Leeprahaigete eraldamine on vana proovitud abinõu selle haiguse levimise takistamiseks. Vastavalt ajavaimule on seda abinõu tarvitatud mõnikord väga karmilt, riivates inimväärtuse tundeid. Keskaegsed eraldamisvõtted on süüdi selles, et ka veel praegu vaadatakse pidalitõbisele täiesti põhjendamatult erilise kartuse ja põlgusega; kahjatsemisväärse ajaloo mõjul administraatorite ja kodanikkude keskel püsima jäänud vaade, nagu ei oleks pidalitõbine üheväärne ja üheõiguseline teiste haigeiga, peab aga paratamatult kaduma arstiteaduslike töekspidamiste survele. Paari aastakümne eest, ergutatud I ja II rahvusvahelise leepra konverentsi otsuseiga ja Norra tulemusriikka eeskujuga, kalduti arvamusele, et karmid sundisolatsiooni abinõud on siiski leepra puhul profülaktiliselt mõjuvad ja võeti neid paljudes maades laialt tarvitusele. Nüüd aga, kuna mõnes kohas juba aastakümneid seda tarvitatud, on selgunud, et alati sundisolatsiooniga ei ole võimalik saavutada haigustumise vähenemist. Norras näit. andis mõõdukal määral läbiviidud sundisolatsioon häid tulemusi, Filippiini saartel aga ei vähenenud sellega haigete arv 25 a. jooksul sugugi, vaid suurenes (K a y s e r <sup>11</sup>, H a s s e l m a n n <sup>7</sup>). Hiljuti on avaldanud J. K n o t t <sup>12</sup>, et 35 a. täielist sundisolatsiooni ühel 14 000 elanikuga India saarel ei ole sugugi vähendanud haigete üldarvu, mis kõigub 80—100 vahel ja ka uute juhtude juurdetulekut saarel. Nende kogemuste põhjal on paljud nimekad leeprauurijad (K a y s e r <sup>11</sup>, L. R o g e r s <sup>20</sup>, H o f f m a n n <sup>8,9</sup>) igasuguse sundusliku isolatsiooni vastu, leides selle tulemused kahtlased ja meditsiiniliselt põhjendamata olevat. P a l d r o c k <sup>18</sup> nimetab sundisolatsiooni mitteinimlikuks abinõuks, mille kasu on väga küsitav. Sundisolatsiooni asemel soovitatakse vabatahtlikku isoleerimist, mis on võimalik läbi viia hästi korraldatud isolatsiooni

ja ravi asutiste kaudu, kuhu ei ole mitte raske haigeid paigutada mõistliku nõuandega. Arvatakse, et sundisolatsioon ei anna või annab ainult negatiivseid tulemusi seetõttu, et kutsub esile haiguse varjamise seni kui see võimalik ja sellega ühest küljest soodustab infektsiooni levimist, teisest küljest aga raskendab ravi, mille tulemused on väga kahtlased kauglearenenud protsessi korral. Umbes samasugusele seisukohale on asunud ka R.-l. leepprakomisjon ja soovitab sundisoleerimist ühendada abinõudega, mis selle varjukülgi miinimumini vähendavad.

R.-l. leepprakomisjoni seisukohad on järgmised:

1. Leeprahaigete sunduslik interneerimine on osutunud üksinda puudulikuks profülaktiliseks abinõuks; ta kutsub esile haiguse varjamist ja sellega diagnoosi ning ravimise edasilükkamist. Maad, kus see süsteem tarvitusel, püüavad tema varjukülgi vähendada, korraldades leprosooriumest ravimistsentrumid ja võttes tarvitusele teisi abinõusid.

2. Sõna „interneerimine“, mis tekitab pahameelt nüüd juba möödunud olukorra vastu, tuleks asendada vabameelsema ja laiamõttelisema sõnaga „isoleerimine“.

3. Nakkavas järgus haigete isoleerimine kohasel alusel on ikka veel tähtsam ja mõjuvam profülaktiline vahend; see isoleerimine peab seadusandlusega võimaldatud olema sunduslikult läbi viia.

4. Isoleerimine peab alati seotud olema mõjuva raviga, selgitustööga rahva ja haigete keskel ning kontrolliga, mis kindlustab määruste täitmist. Suurt mõju tavalisele isolatsiooni vastuseisule avaldab isolatsiooni asutise iseloom.

Sellest näeme, et ka R.-l. leepprakomisjon ei esine absoluutse isoleerimise nõudega, soovitab eraldada ainult bakteriooloogiliselt positiivsed nakkavad juhud, tarbekorral ka sunduslikult. See seisukoht on ligidane tavalisile nakkushaiguste vastu võitlemise põhimõttele.

Leeprahaigete interneerimise ja väljakirjutamise seadusega (RT. 169/170 — 1925) on Eestis maksev kord, mille järele sunduslikult interneeritakse leprosooriumesse kõik leeprahaigeks tunnustatud isikud, vaatamata koduse isolatsiooni võimalusele. Radikaalsuselt ületab see olukord Norra leepra vastu võitlemise seaduse, mis näeb ette ka koduse isolatsiooni võimaluse arstilise kontrolli all neile, kes majanduslikult suu-

davad seda täita; seejuures on nõudeks eraldi tuba või äärmisel juhul eraldi voodi ja majapidamine (H a n s e n ja L i e<sup>6</sup>). Meie majanduslik ja kultuuriline tase ei erine palju Norra omast, leepra levimise ulatus on aga palju väiksem sellest, mis oli Norras energilisema leepra vastu võitlemise ajajärgul. Tekib küsimus, kas on meilgi vajalikud nii karmi iseloomuga võtted, mis enam ei ole kooskõlas uuema aja vaateiga ja kogemusiga; veel enam, tekib kahtlus, kas meil liiga karmid abinõud ei anna hoopis negatiivseid tulemusi; allpool näeme (epid. kontroll ja ravi), et meie leepra vastu võitlemise süsteemis on puudulikult välja arendatud üldtunnustatud abinõud, mis peavad kaasas käima sundisolatsiooniga, tema suurema pahe, haigusjuhtude varjamise, kõrvaldamiseks. Siin aga võiksime tuua mõned kaudsed andmed, mis lasevad oletada, et haigusjuhtude varjamine võib meilgi küllalt suur olla. Kahtlasena paistab juba asjaolu, et praeguse korra tegelikult elluviimise aastast (1926) vähenes järsku uute registreeritud

Tabel 2. Haiguse vältus enne isoleerimist Kuuda leprosooriumi 1926.—1935. a. vastuvõetud haigeil.

| Haiguse vorm                   | Haiguse vältus aastais |      |      |        | Kokku | %    |
|--------------------------------|------------------------|------|------|--------|-------|------|
|                                | 1—3                    | 3—5  | 5—10 | üle 10 |       |      |
| <i>Leepra tuberosa</i> . . . . | 6                      | 12   | 12   | 25     | 55    | 73,3 |
| <i>Leepra mac.-an.</i> . . . . | 8                      | 2    | 3    | 7      | 20    | 26,7 |
| Kokku .                        | 14                     | 14   | 15   | 32     | 75    | 100  |
| Protsent .                     | 18,7                   | 18,7 | 20   | 42,6   | 100   |      |

juhtude arv umbes 50% võrra ja jäi sellele tasemele püsima pidevalt. Nii oli 1919.—1925. a. uute registreeritud juhtude keskmine arv aastas 34 (H.-S.-min. andmed<sup>23</sup>), 1926.—1936. a. aga — 13. Eriti mõtlemapanev on aga asjaolu, et leprosooriumesse satuvad peamiselt vanad, kaugelearenenud tuberoosse leepra juhud. Tabelis nr. 2 on jaotatud 10 viimase aasta jooksul Kuuda leprosooriumisse vastuvõetud 75 haiget haiguse vältuse järele enne isoleerimist ja haigusvormi järele; *mixta* on arvatud *lepra tub.* liiki; andmed on saadud otse haigeilt ja

haiguslehtedelt. Näeme, et 42% haigeid on üle 10 a. olnud isoleerimata, 20% — 5—10 a.; see laseb oletada, et haiged katuvad elada väljaspool asutist niikaua, kui see neil on haiguse välise ulatuse tõttu võimalik. Teisest küljest aga tuleb märkida, et 73% neist viimase 10 a. jooksul sissetulnud haigeist põevad nakkavat nahaleepra-vormi. On täheldusi, et haiguse raugemisega teatud maakohas prevaleerub haiguse kergem erguvorm (Cedercreutz<sup>3</sup>, Talvik<sup>22</sup>). Sellest seisukohast vaadatuna oleks meil suurel arvul esineva nahavormi puhul haiguse tõeline tagasimineki küsitav. Kui me jätame aga kõrvale selle kaalutluse, sest on ka avaldusi, mis neid täheldusi ei kinnita (Cochrane<sup>4</sup>), siis ikka jääb püsima asjaolu, et infektsioonivõimalused on olnud suured inimesil, kes nende pikemat aega isoleerimata nakkavate leeprahaigeiga elasid koos ja puutusid kokku.

### Epidemioloogiline kontroll.

Tähtsamad leeprauurijad on asunud seisukohale, et paremaks leepra vastu võitlemise abinõuks on varaste juhtude ülesotsimine, arstimine ja vajaduse korral isoleerimine. Seda on võimalik teostada otsese arstliku kontrolliga leeprapesades ja leeprikahtlasil isikuil. Eeskujulikult korraldatud leepra kontrolli näeme Norra leepra vastu võitlemise ajaloos. Mõõdukate sundisolatsiooni määruste kõrval teotsesid seal eriülesandeiga arstid, kes ringi sõites uurisid haiguse levimise tingimusi, avastasid uusi haigusjuhte, saatsid neid tarbekorral ravimisele, kontrollisid koduse isolatsiooni määruste täitmist ja informeerisid rahvast haiguse iseloomust; säärase abinõudega, mis olid veel seotud korraliku haigete ravimisega haiglais, saavutati Norras laiaulatuseline leeprahaigete vähenemine. Võitlus algas seal 1856. a., kui oli teada 2833 haiget, 1906. a. oli seal aga veel 445 (Hansen ja Lie<sup>6</sup>) ja 1923. a. — 130 leeprahaiget (Justin<sup>10</sup>). Võiks märkida, et seejuures ulatus asutisises isoleeritute % ainult 51-ni (1906. a.), kuna teistele oli võimaldatud kodune isolatsioon.

Eestis algas epidemioloogiline leeprakontroll umbes 1900. a. ja ei erinenud palju Norras maksvast korrast. Uuriti

samuti haiguspesasid ja leprosooriumesse paigutati eriti kahtlased nakkuse mõttes sunduslikult, kuna suurem osa vabatahtlikult ilmus ravimisele vastava nõuande põhjal. Kuna leeprapesade uurimisega avastati palju värskeid varaseid juhte, siis oli haigete ravi tulemusrikas. See omakorda soodustas haigete vabatahtlikku asutisisesse ilmumist. Selle süsteemiga oli isoleeritud 50—75% haigeist (K u p f f e r<sup>13</sup>).

Praegu maksva seadusega peetakse meil leeprikahtlast isikut arstilise valve all mitte vähem kui 5 aastat. Tegelikult on väljakujunenud nii, et leeprikahtlasiks arvatakse ja peetakse valve all komisjonide poolt leprosooriumest vabastatud isikuid ja leprosooriumi paigutatud isikute perekonnaliikmeid. Et kujutlust saada säärase, meil maksva kontrolli tulemusist, uurisime 10 a. jooksul Kuuda leprosooriumi paigutatud 75 haigel haiguse avastamise viisi (tabel 3). Seejuures

Tabel 3. Leeprahaiguse avastamise viis 1926.—1935. a. Kuuda leprosooriumisse vastuvõetud haigeil.

| Avastamise viis<br>Arv ja % | Juhuslik | Kontroll                    |                             | Teistest leprosoor. tulnud | Oma algatusel tulnud |                               | Kokku |
|-----------------------------|----------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------------------|-------|
|                             |          | perek. liikme haiguse puhul | leprosoor. lahku-mise puhul |                            | uued juhud           | enne leprosoor. haigena olnud |       |
| Arv . . . . .               | 57       | 3                           | 2                           | 6                          | 2                    | 5                             | 75    |
| Protsent . . . . .          | 76       | 4                           | 2,6                         | 8                          | 2,7                  | 6,7                           | 100   |

leidsime, et suurem osa (76%) haigusjuhtudest on avastatud juhuslikult: kas haige on pööranud ise arsti poole mõne haiguse pärast, kaebuse põhjal arstiliselt üle vaadatud või vanadekodudes arstilise ülevaatuse ajal leeprahaige leitud olevat. Seadusepärase kontrollimise tulemusena on avastatud ainult 3 uut juhtu (4%) ja 2 (2,7%) juhul on leitud retsidiivid neil, kes enne leprosooriumis viibinud. Selle seadusepärase kontrolli nii väheste tulemuste põhjal võiksime arvata, et süsteemil on puudusi. Esiteks paistab 5-aastase kontrollimise aja miinimum liiga väike olevat: Kuuda leprosooriumi 40 a. tegevuse kokkuvõttest, mis avaldatakse üksikasjaliselt

ühes teises töös, on näha, et 70% retsidiive on ilmunud 5—10 a. pärast haiglast väljakirjutamist, 20% 1—5 a. ja 10% pärast rohkem kui 10 a. väljasviibimist. Selle järele oleks võimalik avastada 5-aastase kontrollimisega ainult 20% retsidiividest, kuid see küsimus ei ole suure praktilise tähtsusega leprosooriumis juba kord viibinud haigete suhtes, sest kogemused on näidanud, et need isikud retsidiivi puhul sagedasti vabatahtlikult ilmuvad tagasi leprosooriumi. Palju tähtsam on kontrollimise aja pikendamine teiste leeprikahtlaste isikute suhtes, sest kuigi leepra inkubatsiooni-aeg ei ole teada, on ometi kindel, et infektsioon võib püsida latentsena kaugelt üle 5 aasta. Üksinda leeprikahtlaste isikute ametliku kontrolli pikendamisega aga ka ei ole loota olulist paranemist praeguses olukorras, kus isoleeritakse peamiselt kaua kestnud haigusjuhud. Et avastada varaseid leepra haigusjuhte, ei tuleks meie arvates mitte põlata vana kontrollimissüsteemi ja teostada seda endisis ja praeguis leeprapesades, neid perioodiliselt läbi uurides ja võttes arstilise järelevalve alla kahtlus- alused. Meil teada oleva leepra levimise väikest ulatust arvesse võttes ei oleks enam tarvidust eriliste leepraarstide järele ja seda tööd võiksid teha eduga jaoskonnaarstid, kelle ülesannete hulka kuulub praegu tegelik nakkushaiguste vastu võitlemine. Me rõhutaksime eriti maal endisis leeprapesades energilisema kontrolli tarvidust, kuna kogemused on näidanud, et maalt ei tule sugugi varaseid haigusjuhte ja need üksikud, mis esinevad, on kõik linnast. Nähtavasti on maal rohkem võimalusi haiguse varjamiseks.

Mis puutub leeprakontrolli tehnilisse külge, siis võib siin tekkida mõnesuguseid raskusi. Kontrollitavate vastuseisemisest mõnikord tarvilikule sunduslikule arstilisele järelevaatu- sele peab üle saama mõistliku nõuandega, kuid erakorralisil juhtudel ei võiks kasustamata jätta ka ametivõimude abi, milleks jaosk.-arstel on õigus R. Terv. Sd. § 33 põhjal. Ka võib tekkida suuri raskusi haiguse varase diagnoosimisega; kliinilised uurimised toovad siin mõnikord selgust, kunagi aga ei või kahtluse korral ära jätta korduvat bakterioloogilist uuri- mist, mida peab ette võtma materjaliga ninast, nahast ja mahl-



näärmeist. Esialgse negatiivse leiu korral on soovitatav tarvitada mitmesuguseid värvimisviise (Baumgarten, Gramm-Much). Bakterioloogiline naha uurimine ei võiks ära jääda ka nähtude puudumisel nahas, kuna väliselt normaalses nahas on mõnikord leitud palju leepratekitajaid; samuti on soovitatav seda teha väliselt kindla leepra puhul, sest ka meie maal tuleb ette haigusi, mis simuleerivad leeprat, ja on sarnasel olukorral diagnoosiga eksitud.

### R a v i.

Leepraravi arenemise ajaloos on palju vaimustavaid leiu-tisi tehtud ja on samuti palju pettumusi üle elatud. Mitmed soovitatud ravivahendid on ka mõnede autorite käes haiguse paranemist esile kutsunud, kuid ainult vähesed neist on pikema proovimise järel enesele eluõiguse võitnud leepra-teraapias. Osalt on selle põhjuseks petlik haiguskulg, kus on võimalikud ajutised spontaansed paranemised ja isegi tervistumine, osalt aga selle haiguse vähenene tundmine. M u i r<sup>17</sup> juhib tähelepanu sellele väga tõenäolisele ja huvitavale asjaolule, et mõnikord ravi tulemusena vähenevad leepra nähud naha reaktsioonivõime vähenemise tõttu, mis on tingitud ravimisvahendi kahjulikust mõjust. Niisugusel juhul oleks arvestatud paranemise asemel tegelikult aset leidnud halvemine. Siiski saavutati juba ammu hoolsalt läbiviidud leeprahaigete arstimisega tulemusi. Nii on ravitud Bergenis Lungegaards Hospital'i raviosakonnas 1849.—1895. a. 570 leeprahaiget ja neist on retsidiivideta paranenud 14% (L i e<sup>16</sup>). Viimaste aastakümnete jooksul oleme aga juurde saanud väärtuslikke ravimisviise ja teadmisi haiguse iseloomu kohta, nii et praegu on selle haiguse ravimise väljavaated veel paremad. Tabelis nr. 4 toome meil käepärast olevaid statistilisi andmeid leepraravi tulemuste kohta. Näeme, et eriti häid tagajärgi (32% paranemist) on saavutanud Aafrikas M o i s e r<sup>15</sup>; seejuures on paranenuks loetud haige ainult 2 aastase negatiivse bakterioloogilise leiu järel. Vähe tulemusi on olnud ravil M o n t a n e s<sup>16</sup> järele Hispaanias; autor seletab seda vastuolu mujal tehtud täheldusiga sellega, et tema materjal koosneb

peamiselt kaugelearenenud juhtudest, kus sageli ravimine on kontrainditseeritud (M o n t a n è s). Eestist on võimalik tuua andmed ainult Kuuda leprosooriumist, kus haigete ravimine alalise arstilise järelevalve all algas leprosooriumi avamisega 1896. a. Siin on 17,1% täielist paranemist; seejuures langeb umbes 70% paranemisi aastaile 1901—1916, nähtavasti seetõttu, et neil aastail energilise kontrolli tõttu ravimisele tuli palju algastmes haigeid. On avaldatud ka palju lootustäratavamaid ravi tulemusi; nii on P a l d r o c k'i ja R ä n g e l'i<sup>19</sup> järele saavutanud R o g e r s varaseil juhtudel 44% kliinilist tervistumist, 10 a. väldanud haigustumise puhul aga — 9,5%. Samade autorite järele on M u i r teatanud, et 203-est mitmesuguses järgus leepראהigest on kliiniliselt paranenud 43% kuni 2 aastat väldanud raviga.

Tabel 4. Leepraravi tulemusi.

| Avaldanud autorid         | Ravimise koht | Ravimise aeg | Ravitute üldarv | Kliiniline paranemine |      | Retsidiivid |      | Kliiniline paranemine retsidiivideta |      |
|---------------------------|---------------|--------------|-----------------|-----------------------|------|-------------|------|--------------------------------------|------|
|                           |               |              |                 | arv                   | %    | arv         | %    | arv                                  | %    |
| Lie <sup>14</sup>         | Norra         | 1849—1895    | 570             | 92                    | 16,0 | 14          | 15,0 | 78                                   | 14,0 |
| Austin <sup>2</sup>       | Fiji          | 1911—1933    | 1065            | 260                   | 24,4 | 33          | 12,7 | 227                                  | 21,3 |
| Montanés <sup>16</sup>    | Hispaania     | 1910—1935    | 893             | 75                    | 8,4  | 15          | 20,0 | 60                                   | 6,7  |
| Denney jt. <sup>5</sup>   | Am. Ü. riig.  | 1920—1929    | 530             | 65                    | 12,3 | 2           | 3,0  | 63                                   | 11,9 |
| Moiser <sup>15</sup>      | Rhodesia      | 1928—1932    | 800             | 260                   | 32,0 | —           | —    | 260                                  | 32,0 |
| Parmakson<br>(avaldamata) | Eesti-Kuuda   | 1896—1935    | 455             | 88                    | 19,3 | 10          | 11,4 | 78                                   | 17,1 |

Leepraravi tulemused ei olene niipalju ravimisviisist, kui neist tingimusest, missuguseis ravimist korraldatakse. Tähtsamaks loetakse võimalust alata ravi haiguse algastmes ja arvatakse, et suurem osa leepראהiged on võimalik terveks teha varase raviga (P a l d r o c k, R o g e r s, M u i r, K e y s e r). Mõned autorid (K e y s e r, R o g e r s) on veendunud, et leepראהigete varane ravi on ühtlasi ka parim abinõu haiguse levimise vastu, kuna ravi mõjul bakterioloogiline leid muutub negatiivseks ka neil juhtudel, mil täielist paranemist

ei ole võimalik saavutada. Teiseks tähtsamaks teguriks leepararavis on haige eluviis ja dieet. Maades, kus massid elavad viletsalt, on täheldatud, et soodsalt mõjub juba haiguskulule haige asetamine korralikesse elutingimusesse, mida võimaldavad isolatsiooni-asutised. Suure tähtsusega on toitlustamine, mis peab olema küllaldane, vitamiinirikas ja mitmekesine; samuti tuleb suurt tähelepanu pöörata haigeile värske õhu ja kehaliste liigutuste võimaldamisele. Muir<sup>17</sup> arvab, et laisad haiged, kes teevad vähe kehalisi liigutusi, vaevalt paranevad leeprahaigusest, ükskõik missugust arstimisviisi ka ei tarvitataks. See vaade leiab kinnitust ka meie haigete suhtes: leprosooriumi haigematerjali vaatlusel võib täheldada, et isegi raskemaist haigeist on paranenud need, kes kehalist tööd tegid haiguse aktiivses järgus, kuna toasviibijail ja tegevuseta isikuil haigus halveneb. Vähe tähelepanu on juhitud leeprahaige hingeelule, ometigi on selle korraldamisel väga suur mõju ravitulemusisse; leeprahaiged on väga tundlikud psüühilisile mõjudele ja igasugune rahutus ühes murega halvendavad haigust (K a y s e r<sup>11</sup>). Oleme näinud ka mõnd leeprahaiguse juhtu, mil on olemas kõik eeldused paranemiseks, kuid haige halva iseloomu tõttu esile kerkivad alalised konfliktid teiste haigete ja personaaliga on selle takistuseks. Ka on tarvis säilitada haiges usku paranemisse ja võitu saada pidalitõbiseile omasest apaatiast. Nende erinevete kõrval on eduka leepararavi saavutamiseks tarvis kõvasti kinni pidada ka seesuguseist meditsiinilisist ravimise üldreegleist, nagu juhuslikkude kõrvalhaiguste ja komplikatsioonide korralik diagnoos ja ravi, õigel ajal antud kirurgiline ja silmaarstlik abi, individuaalne ravi, täieline kontakt haigete ja ravija vahel; kõige rohkem on aga tarvis head tahtmist ja kannatust nii arstil kui ka ravialuste poolt.

Eestis on korraldatud leeprahaigete isoleerimine ja ravi neljas leprosooriumis, kus haigete arv on umbes järgmine: Muuli 14 haiget, Tarvastu — 70, Kuuda — 60 ja Audaku — 35. Et kõik leprosooriumid töötavad vähemate erandeiga ühisel alusel peale õppeleprosooriumi Muuli, millise olukorda meie käesolevas kirjutises ei käsitle, siis võiksime nende olukorda

ühiselt vaadeldes selgusele jõuda selle kohta, kas leepra ravi-  
mine vastab meil ülesseatud nõudeile.

Ruumide suhtes on erandilises seisundis Audaku oma üksikmajadega 5—10 haige jaoks; sellel ei ole aga pare-  
musi teiste leprosooriumide suuremate ehitiste ees, sest neid  
ühetoalisi maju tarvitatakse ühtlasi elumaja ja köögina. Tar-  
vastus on ruumid lahedad ja ehitusviisilt vastavad ravila nõu-  
deile. Kuudal on puudusi, sest ruumid on ehitatud teiseks ots-  
tarbeks. Siiski võimaldavad kõikide leprosooriumide ruu-  
mid, ka Kuudal ja Audakus, praeguse haigete arvuga normaal-  
set tegevust.

Toitlustamine on korraldatud niiviisi, et suurem osa hai-  
geid ise valmistavad endale toitu normi järele väljaantavaist  
produkttest, soovijaile on aga võimaldatud lõuna saamine ka  
ühisköögist, mis töötab haigeist keetjaga samasuguseil toidu-  
normide alusel. Haigete poolt endale toiduvalmistamine  
mõjub soodsalt selles mõttes, et annab neile tegevust, erguta-  
des aiatöödele ja oma väikese majapidamise korraldamisele,  
kuid see raskendab tunduvalt üksikhaige toitlustamise kont-  
rollimist ja korraldamist vastavalt haige seisundile.

Kehaliste liigutuste võimaldamise suhtes ei ole olukord  
ühtlane leprosooriumes. Vastavalt kohalisile tingimusele on  
mõnes haigeile võimaldatud vaba liikumine asutisele kuuluval  
maa-alal, mõnes aga liikumine suletud asutist ümbritseva aia  
piiridesse. Juba ammu on aru saadud, et leeprahaigeile on  
jõukohane kehaline töö kasulik ja katsutud seda neile võimal-  
dada põllumajandusliikude ühikute asutamisega leprosooriu-  
mide juurde; selleks otstarbeks on Kuudal olemas küllaldane  
maa-ala ja ajakohaselt korraldatud põllumajandus, kuna teiste  
leprosooriumide maa-alad on selleks liiga väikesed. Kuid sel-  
lega ei ole veel ka Kuudal eeskujulikult lahendatud haigeile  
kehalise töö võimaldamise küsimus. Raskusi teeb asjaolu, et  
põllutööst osavõtmise on jõulisil haigeil sunduslik asutise  
kodukorra järele. Kui vaatame asja sisulist külge, siis on  
ilmne, et sundtöö korraldamisega ei ole võimalik saavutada  
vajalikku lohutust haigeile. Sundtöö korraldamine ei soodusta  
kuidagi viisi haigeile rahuliku ning elurõõmsa hingeelu loo-

mist, vastupidi, see kutsub esile protesti ja olukorra, et vabatahtlikult tööle ilmujaid ei ole ja töökohustust täidetakse kui paratamatust. Töökorraldust tuleks pidada eeskujulikuks, kui haiged vastavalt oma võimeile vabatahtlikult võtaksid osa töödest. Töö eest maksetav normaalsele tasule liginev palk peaks neid selleks ergutama. Peale põllutöö on haiged kohustatud veel tegema väikese tasu eest asutise sisemisi töid, nagu pesupesemine, abitute eest hoolitsemine jne.; selle olukorraga on aga nad niivõrd harjunud, et kohustus ei mõju halvasti nende tervisele ja hingeelule, vaid on mõnele suureks abiks otstarbekohase eluviisi korraldamisel mõõduka tegevusega.

Otsest ravimist on leprosooriumes võimalik korraldada rahuldavalt olemasoleva personaali ja summadega. Ka on võimalik tarbekorral eriarstlik silma komplikatsioonide ravi, mis eriti suure tähtsusega. Silmaarstliku abi suur ülesanne seisab nägemise kaotamise tõttu eluaegseks hoolealuseks jäämise ärahoidmises neile, kes leepra nähtudest vabanevad. Puudusi on kirurgilise abi korraldamisel, mille tähtsus on võrdne silmaarstlikule; seda raskendab läbivalgustusaparatuuride puudusel ebatäppis luuhaigustumise diagnoos ja kirurgiliste kogemuste ja teadmiste puudus ravijail arstel. Eriarstsel alal on raske kohale toimetada nende kõrge töötasu tõttu kaugel tsentrumest asuvasse leprosooriumisse; väiksemad operatsioonid tuleb teha asutise arstil, kuna suuremad jäävad mõnikord tegemata. Bakterioloogiliste ja kliiniliste uurimiste läbiviimine on leprosooriumes tarvilikus ulatuses võimalik ja teostatud.

Selle lühikese leprosooriumide ülevaate põhjal võiksime ütelda, et meil on küll võrdlemisi hästi hoolitsetud pidalitöbiste eest, korraldades neile hoolekannet ja ravi, kuid niivõrd soodsad tingimused ei ole asutisisi siiski, et haiged tuleksid vabatahtlikult haiguse varases järgus sinna ennast ravima. Üheks olulisemaks puuduseks leepraravi alal tuleks lugeda võimaluse puudumist haigeid haiguse algastmes ravida; nagu meie eelpool nägime (tabel nr. 2) on tulnud viimasel aastakümnel Kuuda leprosooriumi väga suur % kaugele arenenud haigusjuhte. Arvutamisega leid-

sime, et iga sissetulnud haige on keskmiselt enne isoleerimist 7,6 aastat leeprat põdenud. Olgugi et need andmed käivad ainult Põhja-Eesti kohta, ei ole meil põhjust arvata, et teistes riigiosades oleks olukord teistsugune. Teiseks nõrgaks küljeks on dieetilise ravi ja haigete töökorralduse puudulikkus. Need kaks momenti on otsustava tähtsusega puudulikele tulemusile, mis meil leepraravi alal saavutatakse.

### Kokkuvõtte.

Kokku võttes üldist leepra vastu võitlemise seisundit Eestis näeme, et meil on maksev sunduslik haigete isoleerimine, puudulik epidemioloogiline kontroll ja mõnesuguste puudusiga ravi- korraldus. Ajakohases leepra vastu võitlemise süsteemis peavad kolm momenti — isoleerimine, kontroll ja ravi hästi kooskõlastatud olema, et saada positiivseid tulemusi. Kui on näiteks sunduslik leeprahaigete isoleerimine, siis on tarvilikud ka energiline epidemioloogiline kontroll ja mõjuv moodne ravi, mis takistavad sundisolatsiooni mõju hävimist tema läbi viimisel esile kerkiva haigusjuhtude varjamisega; kui on läbi viidud korralik haiguspesade uurimine ja leeprahaigete ning kahtlusaluste arstlik järelevalve (kontroll), siis peab olema võimalus ka tarbekorral isoleerimist sunduslikult teostada. Meie leepra vastu võitlemise korra nõrgaks küljeks on see kooskõla puudumine nende tähtsamate tegurite vahel: sundisolatsiooni kartusel hoiavad haiged end niikaua kui võimalik ravimisest eemal. Tulemuseks on ainult vähe lootustäratavate, kaugelearenenud haigusjuhtude ravimise võimalus ja uute isikute infitseerimine varjajate poolt. Selle pahe kõrvaldamiseks ei ole meil teostatavas ulatuses leeprakontroll küllaldane. Ka ei anna leeprahaigete ravimine nii silmapaistvaid tulemusi, et see ergutaks haigeid vabatahtlikult varases haigusjärgus isolatsioonile alluma. Need ravi tulemused puuduvad omakorda seepärast, et süsteemi puuduste tõttu ei ole võimalik ravimist alata haiguse algastmes.

Kui asuda seisukohale, et ka meie maa peaks lähemate

aastakümnete vältel pidalitõvest vabanema, siis oleks tarvilik vastavalt uuema aja vaatele revideerimisele võtta ja kooskõlastada kolme tähtsama leepra-profülaktilise teguri ulatus; seejuures ei peaks mitte ülehindama sundisolatsiooni tähtsust ja tarvidust, vaid peaks seda abinõu võimaluse piirides pehmemdama, pöörates erilist tähelepanu kontrollile väljaspool isolatsiooni-asutisi ja eeskujulikule ravile.

### Kirjandus.

1. Anderson, H.: Impressions of Leprosy Prophylaxis and Control in Brazil. Monograafia, 1935. — 2. Austin, C. J.: Internat. Journ. of Leprosy 4, 55, (1936). — 3. Cedercreutz, A.: Internat. Journ. of Leprosy 1, 195, (1933). — 4. Cochrane, R.: Internat. Journ. of Leprosy 3, 228, (1935). — Denney, O. E.: Hopkins, R. ja Johansen, F. A.: Public Health Reports 45, nr. 13, (1930). — 6. Hansen, A. ja Lie, H. P.: II Internat. Lepra-Konferenz in Bergen. 1909. — 7. Hasselmann, C. M.: Chinese Med. Journ. Vol. 47, 270, (1933). — 8. Hoffmann, W. H.: Klin. Wschr. 1926 nr. 42. — 9. Hoffmann, W. H.: Derm. Wschr. 86, 394, (1928). — 10. Justin, E.: Leprosy Notes 1929, nr. 4. — 11. Kayser, J. D.: Valedictory Address. Monograafia. 1932. — 12. Knott, J.: Internat. Journ. of Leprosy 4, 71, (1936). — 13. Kupffer, A.: Terap. obozrenie (vene) 1911, nr. 18. — 14. Lie, H. P.: Internat. Journ. of Leprosy 3, 1, (1935). — 15. Moiser, B.: Leprosy Review 4, (1933); ref. L. Rogers'i järele Intern. Journ. of Leprosy 3, 116, (1935). — 16. Montanés, P.: Internat. Journ. of Leprosy 3, 197, (1935). — 17. Muir, E.: Leprosy Review 6, 185, (1935); 7, 52, (1936). — 18. Paldrock, A.: Sv. Läk.-sällsk. förhandlingar 1928, 11/9. — 19. Paldrock, A. ja Rängel, A.: Eesti Arst 6, 81, (1927). — 20. Rogers, L.: Leprosy Notes 1929, nr. 4. — 21. The Principles of Prophylaxis of Leprosy. Series of League of Nations Publications. III. Health. 1931. III. 2. Official No.: C. H. 970. Äratrük: Internat. Journ. of Leprosy 3, nr. 2, (1935). — 22. Talvik, S.: Die Lepra im Kreise Oesel. Väitekirj. 1920. — 23. H.-S. min. Tegevuse ülevaade 1918—1934. H.-S. min. väljaanne 1934. Tallinn.

### Résumé français.

PAUL PARMAKSON: **La lutte contre la lèpre en Estonie.** (La léproserie Kuuda, Estonie. Directeur: le dr. P. Parmakson.)

En 1926 il y avait 236, et en 1936 — 184 malades en Estonie. La diminution est, par conséquent, de 22% pour ces dix années, durant lesquelles 130 nouveaux malades ont été enregistrés, ce qui donne un nombre de 9 à 19 malades pour chaque année.

Pendant ces dix ans il n'y a donc pas de tendance de diminution du nombre de nouveaux cas de lèpre. La diminution du nombre total est le résultat du rétablissement d'un grand nombre de malades soumis à un traitement énergique. Pendant ce temps 70 malades ont quitté les établissements; de ce nombre 39 malades sont complètement rétablis, tandis que 31 malades ont eu des récidives.

Dès 1925 il existe une loi en Estonie qui oblige à interner tous les malades lépreux. On considère comme suspects tous ceux qui ont habités avec des malades ainsi que ceux qui ont quitté une léproserie; ces derniers sont soumis à un contrôle pendant 5 ans au moins.

L'auteur est de l'opinion que la lutte productive contre la lèpre nécessite un accord de trois conditions importantes: isolation, contrôle et traitement. En Estonie cet accord est insuffisant et pour cette raison il n'est pas possible de liquider la lèpre dans un avenir plus ou moins proche. Une obligation absolue d'isolation ferait cacher les cas de maladie. Le contrôle épidémiologique dans sa forme présente n'est pas suffisant pour combattre la lèpre. Le traitement ne donne pas des résultats satisfaisants car la plupart des malades qui entrent dans l'établissement présentent des cas déjà avancés.

Pour délivrer le pays de la lèpre l'auteur propose de réviser les lois pour la lutte contre la lèpre, de manière à adoucir les règles d'isolation obligatoire, à augmenter le contrôle et à rendre le traitement plus moderne.