

A-15192

# Kõhutõve taud Eestis ja võitlus selle vastu.

**Dr. med. K. Schlossmann.**

Ülikooli bakterioloogia kabinetti juhataja.

---

(Schlossmann: L'épidémie de dysenterie et la lutte contre elle  
en Esthonie.)

---

(Äratrükk ajakirjast „Eesti Arst“ № 2—4, 1922.)

Tartu 1922



A-15192



2-64132

12347

# Kõhutõve taud Eestis ja võitlus selle vastu.

**Dr. med. K. Schlossmann.**

Ülikooli bakterioloogia kabineti juhataja.

(Schlossmann: L'épidémie de dysenterie et la lutte contre elle en Esthonie.)

Dysenteria ehk kõhutõve all mõistetakse harilikult sümptomide kogu, mis väga mitmekesiste infektsioonide juures ilmsiks tulevad. Vaatamata selle pääle, et iga etioloogiline faktor osalt kõhutõve taudi ja haiguse kliinilist pilti iseloomustab, ei ole võimalik ilma bakterioloogiliste uurimisteta otsustada, missugune

mikroobide tüüp ühel ehk teisel juhtumisel on kõhutõve taudi põhjuseks. Iga kord, kui räägime kõhutõve taudist, peab ära tähendama, missugune haigusidu etendab etioloogilist osa. Vastasel korral oleks tegemist ainult teatud sümptoomkompleksiga.

Teisest küljest võimaldab kõhutõve taudi idude bakterioloogiline uurimus spetsiifilist profülaktikat ja arstimist, mis uuema-aja arstiteaduses leiavad suurt tähelepanu.

Bakterioloogilised uurimused tõendavad, et dysenteria etioloogiliseks faktoriks võivad olla mitmekesised mikroorganismid, nii hästi bakteeriatega kui algloomade liigist. Bakteeriatega liigist seisavad esimesel kohal kõhutõve taudi tekitamise suhtes nõnda nimetatud dysenteria batsillid, mida esimestena üles leidsid Chantemesse ja Widal, kuna ligem kirjeldus spetsiifiliste kõhutõve batsillide üle ilmus Shiga, Kruse, Flexneri, Strongi, Duvali, Dopter'i, ja paljude teiste autorite poolt. Käesoleval ajal jagatakse spetsiifilised dysenteria batsillid, silmaspidades nende bioloogilisi omadusi, mitmesse liiki: Typus Shiga-Kruse, typus Flexner, typus Strong ja typus Y (Hiss-Russel). Batsillaarne kõhutõbi on üle ilma tuntud. Mitmekesisest tüüpidest on Shiga-Kruse batsill kõige sagedam dysenteria taudi sünnitaja. Võrdlemisi sagedasti tekitavad kõhutõve taudi Hiss Y batsillid, harvemalt Flexneri tüüp, kuna Strongi batsille ainult üksikutes kohtades on leitud.

Kruse, Castellani, Liefmann ja teised autorid leidsid, et mõnes kohas kõhutõve taudi ajal haigete väljaheidetest ühtki mainitud batsillide tüüpi leida ei ole. Leiduvad aga batsillid, mis morfoloogiliselt ja bioloogiliselt dysenteria batsillidega on väga sarnased. Niisuguseid idusid nimetasid autorid paradysenteria batsillideks. Isesuguse paradysenteria batsilli tüüpi leidsid Reshad ja Deycke Konstantinopolis, Kulescha ja Titova Vitebski kubermangus. Paradysenteria batsillid etendavad nähtavasti suurt osa kõhutõve taudi juures, kuid peab tähendama, et uurimused sel alal veel palju täiendusi peaksid tooma. Nagu allpool näeme, leidis üksikuid juhtumisi 1921 a. Eestis kõhutõbe põdevate isikute väljaheidetes mikroobe, mis Kulescha paradysenteria batsillide tüüpi meele tuletavad, kuid raske on otsustada, missugust etioloogilist osa etendavad nad dysenteria juures.

Päale eelpool tähendatud mikroobide, peetakse kõhutõve põhjuseks mitmesuguseid teisi bakteeriaid, mis dysenteria bat-

sillidest täiesti erinevad. Lesage ja Mitin isoleerisid Hiina maal ja Algeris kõhutõbe haigete verest *cocco-bacillus'e*, mida nad pidasid haiguse sünnitajaks (*Dysenterie cocco-bacillaire*). Levkovicz ja Simonin arvavad, et kõhutõve juures *enterococcus* etendab aktiivist osa.

Macé ja Mougnet tõendavad, et *b. pyocyaneus*, *proteus vulgaris* ja mõned teised mikroobid kõhutõve haiguskäigus suurt mõju avaldavad. Le Dantec kirjeldas kõhutõbe, kus mikroskoobilise uurimise juures haigete väljaheidetes suurel hulgal keerispisilasi (*spirilla*) leidis (*Dysenterie spirillaire*). Eestis ettetulevate kõhutõve juhtumiste juures, iseäranis kroonilistel juhtumistel, võib haige väljaheidetes kaunis sagedasti keerispisilasi leida. Ei ole teada, kas need mikroobid etioloogilist osa etendavad, või kuuluvad nad soolte normaalse mikrofloora alla, nagu uuemad uurimused põhjust annavad arvata.

Algloomadest sünnitavad kõige sagedamini kõhutõve taudi amööbid, mida kõhutõve etioloogia suhtes *dysenteria* amööbideks nimetatakse (*Amoeba coli* Loesch). Nendest tuntakse praegusel ajal mitut liiki: *Entamoeba histolytica*-Schaudinn, *Entamoeba tetragena* — Viereck, *Entamoeba tropicalis* jne. Strong, Musgrave, Klimenko, Ehrnrooth leidsid, et *dysenteria* taolist haigust sünnitab *Balantidium coli*. Firket leidis kõhutõve haigete väljaheidetes *Schistosomum Mansoni*, Guiard *Chilodon dentatus'e*. Kroonilist kõhutõbe võivad sünnitada: *Trichomonas* (Billet, Simonin), *Cercomonas*, *Lambliia intestinalis* (Mathis, Fairise) ja *Tetramitus Mešnil* (Brumpt).

Varemalt arvati, et amööbiline kõhutõbi ainult soojail mail ette tuleb, kuna batsillaarist kõhutõbe külma ja paraja kliimaga maade taudiks peeti. Põhjalikumad uurimused tõendavad, et amööbiline kõhutõbi pea igas ilmakaares ette tuleb. Ravaut, Iob, Richet fils, Rist ja teised leidsid amööbilise kõhutõve juhtumisi ilmasõja ajal Prantsusmaal, nii hästi põhjapoolses kui lõunapoolses osades (Vincent). Iseäranis nüüd, kus ilmasõda lõppenud, ja sõdurid igast ilmakaarest oma kodumaale tagasi tulevad, võivad nad kaasa tuua taudi idusid, mida varem kodumaal ei tuntud. Seda silmas pidades on täielikult põhjendatud nõudmine, et meie igakord kõhutõve taudi etioloogilise faktori iseloomu bakterioloogiliselt uuriks.

Eesti pinnal on kõhutõve taud sagedaste möllanud ja paljudes kohtades suurel arvul ohvreid nõudnud, kuid taudi on etioloogilisest

küljest vähe, peaaegu mitte sugugi, uuritud. Sellelt ajalt, kui kaugele ulatab vanade inimeste mälestus, on teada, et kõhutõve juhtumised iga aasta ühes ehk teises maanurgas ilmsiks tulid, kuna suured kõhutõve taudid aastate järele kordusid. 1845 aastal möllas kõhutõbi Viljandi ja Valga maakonnas. 1846 aastal nihkus taud Tartu linna, kus septembri ja oktoobri kuul mõni päev üle saja inimese kõhutõppe haigeks jäi. Surevus oli hirmuäratav, iseäranis laste keskel. 1868 a. möllas kõhutõbi Lääne maakonnas, kus surevus nii suur oli, et Vigala surnuaiale ühe nädala jooksul 58 surnut maeti. Paljud lasterikkad perekonnad kaotasid kõhutõve tõttu kõik lapsed. 1877—1878 a. asus kõhutõve taudi pesa endises Eesti kubermangus ja Tallinna linnas. 1895—1896 a. nõudis taud palju ohvreid Tartu maakonnas ja Põltsamaa ümbruses, kus kohutav laste surevus ilmsiks tuli. Endise Vene valitsuse poolt kokku seatud rahva tervishoiu aruannetes leiame, et Eesti ja Liivi kubermangus iga aasta silmatorkav hulk kõhutõve juhtumisi registreeriti, nii 1911 aastal Eesti kubermangus 2471 kõhutõve juhtumist, (linnades 1392 ja maakondades 1079). Samal aastal Liivi kubermangus 2023 juhtumist, (1369 linnades, pääasjalikult Riias, 654 maakondades).

Ilmasõja lahti puhkemine tõi kaasa tingimused, mis kõhutõve taudile kohased. Nagu teised riigidki, nii parandas ka iseisev Eesti ilmasõjast mitmesuguseid taude, mille hulgas dysenteria taud oli silmapaistvam. 1918, iseäranis aga 1919 a. möllas taud pääasjalikult Pärnu linnas ja maakonnas, kus 632 kõhutõve juhtumist registreeriti. Tervishoiu päävalitsuse aruandest leiame, et 1919 aasta jooksul Eestis 3284 kõhutõve juhtumist registreeriti, nendest 1642 linnades ja 1642 maakondades. 1920 a. registreeriti 3459 juhtumist, nendest 1666 linnades ja 1793 maakondades. Nende andmete kohta leiame aruandes märkuse, et sõjaolude tõttu 1919 a. ja 1920 a. statistiliste andmete kogumine korralik ei saanud olla. Olgu tähendatud, et kõhutõve kohta täpisealt õigete andmete saamine terves riigis veel kaua aja jooksul heaks lootuseks peab jääma. 1920 aastal leidsid kõhutõve taudi pesad Tallinnas ja Tartus. Tallinnas registreeriti 865 ja Tartus 581 juhtumist. Peab tunnistama, et 1919 a. ja 1920 a. jooksul sarnane kõhutõve taud möllas, mida Eesti pinnal aasta-kümnete kestes pole nähtud. 1921 aastal asus kõige suurem kõhutõve taudi pesa Lääne maakonnas, kus 483 juhtumist registreeriti. Üldse registreeriti 1921 a. novembri

kuuni arstide andmete järele 960 kõhutõve juhtumist, nendest linnades 147 ja maakondades 813 juhtumist.

Kui võrdleme kõhutõve haigete arvu üldise rahva arvuga, siis leiame, et 1919 a. iga tuhande elaniku peale 3,06 kõhutõve juhtumist langes, 1920 aastal 3,08 juhtumist. Linnades tuli keskmiselt iga tuhande elaniku peale 1919 a. 6,79 ja 1920 a. 5,94 kõhutõve juhtumist, kuna iga tuhande maaelaniku peale 1919 a. 1,97 ja 1920 a. 2,13 kõhutõve juhtumist langes. 1921 aastal oli maaelanikkude seisukord, võrreldes linnadega, kõhutõve suhtes märksa pahem. Suuremat haigeksjäämise protsenti linnades võib osalt seletada paremini korraldatud haigete registreerimisega, kuid sellegi pääle vaatamata ei tohi meie linnad oma tervishoidliku olukorra üle palju uhkustada.

1921 aasta oli Eestile kõhutõve suhtes palju õnnelikum, kui kaks eelmist aastat. Selle põhjust peab tingimata korralikumalt läbi viidud taudi vastu võitlemises otsima, mida sel aastal taudi päämistes pesades energiliselt ette võeti. Teiseks võib oletada, et kõhutõve taud kolme aasta jooksul läbi terve maa rändas ja selle tõttu oma käigus tegi seisaku. Sarnast nähtust võib kõhutõve taudi juures sagedasti tähele panna. Shiga ja Vincent'i epidemioloogilised uurimused tõendavad, et kõhutõve epideemia kahe eelmise aasta jooksul kiirelt laiali laguneb, kuna kolmandamal aastal ainult üksikud pesad ilmsiks tulevad, mida nad seletavad elanikkude immuuniteediga. Loodame, et kõhutõve taud sedapuhku oma tegevuse Eesti pinnal lõpetas, aga see ei tähenda veel, et taudi idud täielikult kadunud on. Vincent'i ja Muratet uurimused tõendavad, et nendes maa-kohtades, kus äge kõhutõve taud lõpeb, vahetpidamata sporaadilised juhtumised ilmsiks tulevad, mis tunnistust annab, et infektsiooni idud edasi elavad ja rändavad. Tekkivad soodsad tingimused, siis võivad nad uuele ägedale taudile algust anda. Sama nähtust võime ka Eestis tähele panna, kus iga aasta üksikud kõhutõve juhtumised registreeritakse. See oleks põhjuseks, et meie iga kõhutõve juhtumist, mis bakterioloogilise uurimuse teel kindlaks tehakse, hoolega silmas peaks ja kõhutõve taudi vastu võitlemiseks iga silmapilk valmis oleks.



Eesti pinnal ettetulnud kõhutõve taudi etioloogia üle puuduvad meil andmed peaaegu täielikult. Endise Vene valitsuse ajal ei nõutud seda, ainult juhuslikult uuriti ühe ehk teise kõhutõve haige väljaheiteid bakterioloogiliselt, kus üksikutel juhtumistel Shiga-Kruse, teistel kordadel Flexneri tüüpi batsille leiti,

kuna suurem hulk uurimistest mingisuguseid tulemusi ei andnud. Eesti iseseisvuse lühikesel kestusel ja raskete olude tõttu ei ole veel taudide põhjalikuma uurimise suhtes palju tehtud, kuid on märgata, et sellel alal midagi teha tahetakse. Sarnaste uurimiste tarvis puudub meil veel ettevalmistatud personaal, mille loomisega kaua viivitada ei tohiks. Tervishoiu päavalitsuse poolt kavatsetakse ülikooli juures kursused ellu kutsuda, kus arstid end sanitaar-topograafilistele uurimistele ette valmistaks. Sellega oleks kõrvaldatud üks suurematest puudustest, mis meil tegevust tervishoiu alal märksa takistas.

Läinud kevadel avaldas Tervishoiu päavalitsuse juhataja Dr. A. Mõttus soovi, et ülikooli bakterioloogia laboratoorium oma pääle võtaks kõhutõve juhtumiste uurimise haiguse kohal, milleks tarvilik oleks ilmuvatesse taudi kohtadesse sõita ja säält materjaali bakterioloogiliseks uurimiseks võtta. Seks otstarbeks määrati tasu neile, kes tööd teevad. See on töö, mis epideemia puhul suurema hulga tööjõudusid tarvitab, kuna meil ainult paaril isikul võimalik oli seda tööd oma pääle võtta. Silmas pidades, et meil ainult üks laboratoorium (Tartus) on, kus bakterioloogilisi uurimisi võimalik on suuremas ulatuses toimetada ja et 1921 a. suve jooksul väga mitmes kohas kõhutõve pesad ilmsiks tulid, siis oli võimatu paaril isikul kavatsetud uurimist kavakindlalt läbi viia.

Bakterioloogiliseks uurimiseks läks korda suve jooksul koha pääl materjaali saada Vigalas, Saaremaal, Sinalepas, Tallinnas, Kodaveres, Pangotis, Tartus ja sõjaväe 2 diviisi haigemajas. Koha pääl saadud materjaal külvati otsekohe Drigalski sööda pääle ja saadeti Tartu bakterioloogia laboratooriumi lõpuliikumiseks. Et täpikäsemaid resultaate saavutada, siis pidi igakord saadud materjaali Tartu viima, sest postiga saatmine oleks pikale veninud. Et düsenteeria idude uurimise juures materjaali võtmisel suur tähtsus on, seda teab igaüks, kes sel alal töötanud. Kaugematest maakohtadest haige väljaheidete saatmine bakterioloogiliseks uurimiseks ei ole sugugi otstarbekohane. Alatas võib tähele panna, et ekskrementides, mis paar tundi väljaspool haige organismi viibisid, düsenteeria idusid leida ei ole, kuna värsketes väljaheidetes nende leidmine suurt raskust ei sünnita. Söödale külvatud materjaali võib vastava ettevaatusega uurimiseks saata, kui saatmine ka 2—3 päeva kestaks. — Toome paar näitust, kuidas materjaali bakterioloogiliseks uurimiseks saata ei tohi.

Kodaverest saadeti esimese kõhutõvekahtlase väljaheidet katseklaasis Tartu uurimiseks. Saadetus jõudis kohale kolmandal päeval, kus düsenteeria idusid leida ei olnud. Mõni nädal hiljem puhkes Kodaveres lahti kõhutõve taud, sellega jäi kahesilma vahele esimene juhtumine, kust haigus nähtavasti alguse saanud. Valgast saadeti kiires korras kahtlase surnu soolte osad Tartu bakterioloogiliseks uurimiseks, kuid selgus, et nad hoolsasti puhta alkoholi sisse olid mahutatud, mis materjaali kõlbmataks tegi.

Kõhutõve taudi pesadest toodud materjaali bakterioloogiline uurimine andis järgmised tagajärjed: Vigalast toodud 12-est proovist leidus 8-as Shiga-Kruse düsenteeria batsille, kuna neljas neid leida ei olnud. Negatiivset tagajärge tuleb sellega seletada, et haiged juba paranemise ajajärgus viibisid. Sarnastel kordadel peaks mitu korda materjaali uurimiseks võtma, mis kauge maa tõttu võimatu. Saaremaalt toodud proovid sisaldasid pääasjalikult Shiga-Kruse batsillide tüüpi, kuna ühe haige väljaheidetes Kulscha paradüsenteeria batsillide tüüp leidis. Sinalepast toodud 8 haige väljaheidetest sisaldasid ainult 2 Shiga-Kruse batsillide tüüpi. Sarnast tagajärge peab osalt hilise (5 päeva järele) materjaali kohalejõudmisega seletama. Ühel juhtumisel neist leiti Kulscha paradüsenteeria ja teisel Hiss Y batsilluste tüüp. Kodaverest, Tallinna ja Tartu hakkavate haigete haigemajast ja Pantogotist saadud materjaalis leidis ainult Shiga-Kruse düsenteeria batsille.

Kahju, et igast taudi pesast võimalik ei olnud materjaali uurimiseks saada, aga kui meie epideemia liikumist silmas peame, kus kindlad andmed tõendavad, et haigus ühest kohast teise edasi kanti, siis võib eelmiste bakterioloogiliste uurimiste põhjal tõendada, et 1921 aastal Eestis kõhutõve taudiga tegemist oli, mille põhjuseks lugema peab Shiga-Kruse düsenteeria batsillide tüüpi. Üksikutel juhtumistel leitud Hiss Y batsillide tüüpi ja Kulscha paradüsenteeria batsille on raske otsekohe taudi etioloogiaga siduda, kuid neid tuleb hoolega silmas pidada, kui edaspidi kõhutõve taudiga Eestis peaks tegemist olema. Vahest on meil siiski mitmekesise infektsiooniga tegemist, mida spetsiifilise profülaktika tarvitusele võtmise juures peab arvesse võtma.

Huvitav on, et meil üksikutel juhtumistel *Balantidium coli* väga kõhutõve sarnast haigust tekitab. Prof. Dehio pani aastate jooksul tähele 8—9 sarnast juhtumist. 1912 aastal arstiti,

põhjenedes kliinilisele pildile, kaht täiskasvanud isikut Järva maakonnast, kauema aja jooksul kroonilise kõhutõve vastu. Kõik arstimis-katsed jäid tagajärjetuks. Kui ma hakkasin nende haigete väljaheiteid bakterioloogiliselt uurima, siis leidsin mikrooskoobi all suurel hulgal liikuvaid *Balantidium coli*. Võib olla leiduks sarnaseid juhtumisi meie rahva keskel palju rohkem, kuid *Balantidium coli* leidmiseks peab värsked väljaheited kohe koha pääl uurima, mis praktilisel arstil igakord võimalik ei ole. Siit näeme, et ka meie juures düsenteeria all mitmekesiseid infektsioone registreeritakse.

Pea iga kõhutõve taudi iseloomustab isesugune haiguse kliiniline pilt ja surevuse protsent. Eestis on kõhutõbi sagedasti suuremal arvul ohvrid nõudnud, kuid andmed surevuse üle puuduvad täielikult. Ma palusin ametvendi kirjalikult mulle andmeid kõhutõve surevuse üle 1921 a. kohta saata. Pea kõik ametvendid, kes kõhutõvega sel aastal kokku puutusid, saatsid vastavad andmed, mille eest neile väga tänulik olen. Arusaadav et ka arstil, kes töötab taudi pesas, võimalik ei ole kõhutõve surevuse protsenti täpikäält kindlaks määrata, kuid selle pääle vaatamata tuleb arstide poolt saadud andmete, kui enam vähem tõenäoliste pääle vaadata. Kui meie surevust kõhutõve tagajärjel üksikutes maakohtades tähele paneme, siis leiame 1921 aasta kohta järgmised arvud:

Pärnu maak. registreeriti	46,	suri	5,	surevus	10,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Tartu „ „	96	„	17	„	17,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Viljandi „ „	28	„	5	„	17,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Tallinnas „ „	106	„	19	„	17,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Kodaveres „ „	44	„	8	„	18,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Vigalas „ „	191	„	38	„	19,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Lääne maak. „ „	483	„	103	„	21,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Saaremaal „ „	61	„	16	„	26,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Tartus „ „	21	„	6	„	28,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Arvud tõendavad, et 1921 aastal surevus kõhutõve tagajärjel kaunis suur oli. Silma paistab väike surevuse protsent Pärnu maakonnas, kus eelmistel aastatel kõhutõve taud laialiselt möllas. Kõhutõve taudi kohta 1919 ja 1920 a. puuduvad andmed, aga tähelepanemiste põhjal võib oletada, et siis surevus veel suurem oli. Ühest küljest oleks põhjust surevuse protsendi vähendamiseks, sest haigust katsutakse salata ja paljud põevad

haigust püstijalu, nii siis jäädes registreerimata, aga teisest küljest ei tohi kõiki kõhu korratusi, mis suvisel ajal ilmsiks tulevad, kõhutõveks lugeda.

1921 a. haigemajades ja barakkides ravitsemisel olnud haigete surevuse kohta leiame järgmised arvud:

Tallinnas, haigemajas	58,	suri	8,	surevus	13,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Vigalas	"	75	" 12	"	16 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Läänemaal	"	180	" 32	"	17,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Paides	"	16	" 3	"	18,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Orisaares	"	53	" 12	"	22,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Tartus	"	33	" 8	"	24,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Need arvud tõendavad, et barakid surevust kõhutõve juures vähendada ei suuda, kuid profülaktilises suhtes ei saa keegi nende suure kasu vastu vaielda, mispärast soovida jääb, et barakid kohe tööd algaks, kui kuski taud ilmub.

Suurt surevust silmas pidades võib oletada, et haigusidud, mis olid Eestis kõhutõve taudide põhjuseks, suurt virulentsi avaldasid. Nagu paljud uurijad tõendavad, on surevus kõige suurem nende kõhutõve taudide juures, mida tekitab Shiga-Kruse batsillide tüüp. Galli-Valério, Ruffer, Vilmar, Lentz leidsid, et sarnaste kõhutõve epideemiate juures surevusprotsent kergematel kordadel 10—20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> vahel kõigub, sagedasti 30—35<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ulatab ja üksikutel kordadel 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> võib olla. Flexneri, Strongi ja Hiss Y batsilluste tüüp sünnitab kõhutõve, kus surevus 5—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> vahel.

Kõhutõve haigete vanadust silmas pidades võiks järgmisi surevuse arvusid 1921 a. taudi kohta ette tuua:

Lapsed kuni 10 aastani,	surevus	35—42 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ;
10—20	" "	10—12 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
20—40	" "	5—7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
40—60	" "	23—26 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
üle 60	" "	33—35 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .

Suurt surevuse protsenti düsenteeria juures laste ja vanade keskel tuleb nõrga üldise organismi vastupidavusega seletada. Trouseau, Pidoux, Gubler, Zimmermann ja teised arvavad, et Shiga-Kruse batsilluste toksiidid laste ja vanade närvisüsteemi raskelt vigastavad (Vincent). 20—30 aasta vanused isikud põevad suuremalt jaolt kõhutõve haigust püstijalu, mille tõttu nad on kõige kardetavamad taudi laialilaotamise suhtes.

Kui meie kõhutõve taudi käiku Eestis viimase kolme aasta jooksul tähele paneme, siis näeme et ta mitte väga kiirelt, kuid plaanikindlalt ühest kohast teise liigub. Teistes riikides (Jaapan, Hiina, Venemaa) laguneb kõhutõve taud harilikult kiirelt esimese aasta jooksul laiali, võttes oma alla terved maakohad ja linnad, nii et sagedasti juba teisel aastal taud kustumisele ligineb. Võib olla takistavad kõhutõve kiiret laialilagunemist meie elutingimused, mis mõneski asjas põhjalikult erinevad teiste maakohtade elutingimustest. 1921 aastal algas Eestis kõhutõve taud varakult. Esimesed kõhutõve juhtumised registreeriti juba märtsi lõpul, kuna esimene laialisem taudi pesa mai lõpul ilmsiks tuli. Juuni- ja juulikuude jooksul lagunes taud üksikutes kohtades kiirelt laiali, kuid kõige rohkem registreeriti kõhutõve juhtumisi augustikuu jooksul. Septembrikuul kahaneb taud kiirelt ja oktoobrist pääle tulevad ainult üksikud juhtumised ette. Ehk küll batsillaarne düsenteeria külma ja paraja kliimaga maadele omane, leiab taud siiski soojal aastaajal kõige paremat pinda kiireks laialilagunemiseks. Marjade ja õunte tarvitamisega ei saa kõhutõve taudi laialilagunemist seletada, sest taud võib juba siis laialdaseks muutuda, kui puuvilja veel tarvitusel ei ole. Külmal aastaajal kestab kõhutõve taud harilikult kroonilisel kujul edasi. Nagu statistilised andmed kolme viimase aasta jooksul tõendavad, registreeriti üksikuid kõhutõve juhtumisi ka talvekuude jooksul. Sama nähtust tõendavad Eesti kohta ka endise Vene valitsuse poolt kogutud statistilised andmed. Peab tähendama, et epidemioloogiliselt suure tähtsusega sporaadilised kõhutõve juhtumised tarvitlikku tähelpanu ei leia meie taudide vastu võitlejate poolt. Sporaadilised juhtumised on näpunäiteks pesade pääle, kus taudi idud edasi elavad, sellepärast on tarvitlik sarnaste juhtumiste ümbruskonda hoolega uurida ja taudi idudest puhastada. Ei tohi ära unustada, et kõhutõve endemia vastu võitlemise teel taudi kordumine ära hoitakse, kuid endemia vastu võitlemine ei ole sugugi kerge.

Epidemioloogiline uurimine tõendab, et 1921 aastal ja ühtlasi ka iga kõhutõve taudi puhul haiguse edasikandjaks on haige ehk infitseeritud inimene. Kuna enamusel maal ja ka linnades kõige elementaarsem arusaamine tervishoiu printsiipidest puudub, leidub meil koguni palju neidki, kes kõhutõve hakkavusse ei usu. Haigust salatakse ja kohati vaadatakse haigete isoleerimise kui ettevõtte pääle, milles arstid omale tööd otsivad. Vahenditult

kõhutõve edasiandmise võimalused on meil niihästi linnades kui maakohdades väga suured. Haiged liiguvad harilikult tervete hulgas ja puutuvad iga silmapilk viimastega kokku. On haige sunnitud asemel viibima, siis ei puutu temaga mitte üksi oma perekonna liikmed kokku, vaid teda tulevad vaatama sugulased ja tuttavad naabriteludest, kuhu nad enesega taudi idud kaasa viivad. Mida pimedam maanurk, seda sagedamini tuleb ette, et kõik perekonna liikmed üksteise järele lühikese aja jooksul kõhutõppe haigeks jäävad. Üksikutes kohtades võib tähele panna, et rasket kõhutõve haiget eraldada katsutakse, kuna kergel kujul haigust põdevad isikud ja need, kes paranemisejärgus, mingisugust kahtlust ei ärata. Sarnased isikud on meil kõige kardetavamad taudi laialilaotajad ja peab tähendama, et kahjuks paljud arstid rahva tähelepanu tarvilikul moodsul nende pääle ei juhi. Bakterioloogilised uurimised tõendavad, et isikute väljaheidetes, kes kõhutõve kergel ehk raskel kujul põdesid, nädalate, kuude ja koguni aastate jooksul virulentseid haigusidusid võib leida (Eckert, Lentz, Kruse, Küster, Negri jne.). Vincent ja Muratet leidsid, et 5—7% kõhutõvest kliiniliselt paranenud isikutest batsillide kandjateks jäävad. Kõhutõve taudi aegu võivad koguni sarnased isikud batsille kanda, kelle juures kõhutõve sümptoomid üldse ilmsiks ei tulnud (Duval, Jehle, Charleton). Batsillide kandjad on epidemioloogilises suhtes haiged, neid peab isoleerima ja ravitsema nii kaua, kuni haigusidud nende väljaheidetest kaovad. Suure puudusena kõhutõve vastu võitlemises tuleb märkida, et meil ühegi infektsioonihaigemaja juures bakterioloogilisi uurimisi ei toimetata ja haiged välja saadetakse, kui nad kliiniliselt paranenud. Sel alal tuleb meil võimalikult pea teisiti mõtlema ja tegutsema õppida.

Batsillaarne kõhutõbi kuulub nende häkkavate haiguste liiki, kus haigusidud pääasjalikult sooltes viibivad ja ühes väljaheidetega välisilma pääsevad. Kõhutõve taudi kaudsete laialilaotajatena seisavad haigusidusid sisaldavad ekskrementid esimesel kohal. Nende desinfitseerimine on kõhutõve taudi vastu võitlemises kõige suurem ülesanne. Sellel alal peab rahvast valgustama. Kui meie oma olusid tähele paneme, siis paistab esimesel kohal silma, et meil korralikud kindlad väljakäigukohad puuduvad. Ühes ehk teises talus võib küll enam-vähem korralikka väljakäigukohti leida, aga neid ei tarvitata, mille tõttu ekskrementid hoonete seinäärtes vedelevad. Kui meie tähele

paneme, kuidas kõhutõvehaigete väljaheidetega ümber käiakse, siis peab ütlema, et nendega igal sammul ümbruskonda infitseeritakse. Haiged käivad väljakäigukohtades, ehk nende väljaheidet visatakse sinna ilma desinfitseerimata, kust kärbsed haigusidused vabalt edasi kannavad. Puuduvad väljakäigukohad, siis satuvad haigete väljaheidet kuhugi seina ääre. Sagedasti võib näha, et haige õlgede pääl lamab, mida ta oma väljaheidetega roojastab ja mustad õled visatakse lauta ehk talli, kus haigusidudele hääd elamistingimused leiduvad. Teistes kohtades näeme, et kõhutõvehaigete väljaheidet puuviljaaeda pöõsa alla viiakse ja õhukese mullakorruga kinni kaetakse. Sarnasel korral on küll haigusidud kaitstud kärbest eest, kuid nad on ka kaitstud päikese kiirte eest ja viibivad rõeskes jahedas kohas, kus neil elamiseks soodsad tingimused ja kust nad kergesti maa pinnale pääsevad. Kõhutõve batsillide bioloogiliste omaduste uurimine tõestab, et külm, niiskus ja pimedus pääfaktoriteks on, mis nende elamist ja sigimist võimaldavad. Soojus, kuivus, päiksevalgus ja teiste mikroobide mõju kiirendavad nende surma. Düsenteeria batsillid näituseks elavad maapinnal väljaheidetes 13—30 päeva, kuna nad 30 tsentimeetri sügavuses kunni 90 päeva võivad elada.

Joogiveega kõhutõvetaudi edasiandmiseks on meil laialdased võimalused. Kinniseid kaevusid on paljudes kohtades väga vähe. Suuremalt jaolt on kaevud sarnases seisukorras, et vihmavesi ühes mustusega kaevu pääseb, kus kõhutõve idud kauemat aega eluvõimuliseks jäävad. Keedetud vee tarvitamine ei ole meil veel viisiks saanud. Üksikutes kohtades võib küll riista keenud veega leida, aga seda vett tarvitavad ühe ja sama kruusiga nii terved kui haiged. Kus ei ole kaevu, seal veetakse vett ligemast jõest, mis päevade jooksul lahtises tõrres viibib ja kuhu haigusidude sissepääsmiseks on palju võimalusi. Jõe vett süüdistatakse tihti kõhutõve taudi laialilaotajana, kuid peab tähendama, et otsekohe jõest toodud vesi vähem kardetav on, kui vesi, mis kauemat aega kodu lahtises riistas seisab. Ei ole arvata, et kõhutõve batsillid jooksvas jõe vees päikese kiirte mõju all kauema aja jooksul elada võiks. Vincent'i bakterioloogilised uurimised tõendavad, et kõhutõve batsillid vees päikese kiirte mõju all 2—4 tundi, dispergeeritud valguses 8 päeva ja pimedas 14—15 päeva elada võivad. Shiga, Faschnie ja teised arvavad, et värske jõe vesi suurt osa kõhutõvetaudi laiali-

lagunemises ei etenda, kuid sellest hoolimata peame meie oma jõgede puhtuse eest rohkem hoolt kandma, kui seda praegusel ajal tehakse.

Pääteguriks kõhutõve kaudselt laialilaotamise juures on toiduained. Nende puhtuse eest kantakse vähe hoolt nii linnas kui maal. Linna turgu tuuakse müügile toiduaineid nendest kohtadest, kus kõhutõve pesad viibivad, ja nad haigusidudega kokku puutusid. Turul seisavad toiduained lahtistel laudadel, kus nad tolmuvad ja kärbsed neid roojastavad. Mul läks korda möödäläinud suvel Tartu turult saadud aiavilja ja puuvilja proove uurida, kus selgus, et nad suuremalt jaolt kõik *bact. coli* oma küljes kandsid, mis tunnistust annab, et need ained ühel ehk teisel teel inimese väljaheidetega kokku puutusid, kas turul, ehk enne turgu toomist. Väga mitmest kohast ja mitmesugusel ajal võetud proovidest kandsid oma pinnal *b. coli*'d:

Salatid . . . . .	93 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
redised . . . . .	90 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
metsmaasikad . . . . .	73 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
aiamaasikad . . . . .	83 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
karumarjad . . . . .	65 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
punased sõstrad . . . . .	52 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
õunad . . . . .	72 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> .

Need arvud annavad tunnistust, kui suured on kõhutõve laialilaotamise võimalused tähendatud ainetega, kui nad kõhutõve pesadest müügile tuuakse. Samasuguseid andmeid leiame paljude autorite juures, kes teistes kohtades turu tervishoiulist seisukorda uurisid.

Maal võib igal sammul tähele panna, kuidas toiduaineid haigusidudega roojastakse. Haiged, kes kõhutõbe kergemal kujul põevad ja põllul töötada ei suuda, valmistavad kodu sööki teistele, lüpsavad lehma, pesevad riistu ja laotavad \*sel teel hoolega haigusidusid laiali. Samasuguseid ülesandeid täidavad ka paranevad haiged. Kärbsede rohkus, iseäranis maal, on silmapaistvaks teguriks kõhutõve laialilaotamises. Nad on väga liikuvad ja kannavad haigusidusid igale poole laiali. Vincent leidis, et kärbsed, kes kõhutõvehaige väljaheidetega lühema ehk pikema aja jooksul kokku puutusid, sisaldasid 4 päeva kestel oma ekskrementides eluvõimulisi düsenteeria idusid. Ma nägin koguni ühes barakis, kus 21 kõhutõbist viibis, nii palju kärbsed, et

liikumine selles ruumis võimata oli. Pole sugugi imeks panna, et selles barakis personaalist, arvu poolest 16, 9 kõhutõppe haigeks jäid, mis 56,2% välja teeb ja kuulmata nähtus on. Meil on märgata, et kõhutõve taudi ajal õunte ja marjade tarvitamises ettevaatlikum ollakse, kuna piima pääle, mis selles suhtes suurt osa etendab, vähe tähelepanu juhitakse.

Kõhutõvetaudi laialilagunemisele aitavad kaasa meie laialiste ringkondade arusaamise puudus haigete isoleerimise tähtsusest. Haigust salatakse, haigete barakki mahutamise sünnitab pahameelt ja tõrgutakse seda täitmast. Pimedamates maakohtades ravitsetakse kõhutõve haigeid koduselt ja tarvitatakse rohtusid, mida külatargad soovivad. Paremal korral ilmub haige ehk tema omaksed apteeki, kus neile lahke käega „häd rohtu“ antakse. Sagedasti on apteekril päevaselge, et kõhutõbega tege mist, kuid sellest ei teatata ligemale arstile. Iseäranis taudi alguses, kus üksikud kahtlased juhtumised ette tulevad, otsitakse abi apteegist ja kui apteekrid nendest otsekohe arstile teataks, siis oleks võimalik taudile alguses piiri panna. Tulevad ette juhtumised, et apteeker ühes majas arstiga elab, kuid siiski haiguse juhtumistest midagi arstile ei teata. Meil on tuntud nähtus, et apteek arstiga võistleb, kuid loodame, et tulevikus sarnane väärnähtus enam aset ei leia, vähemalt sarnastel kordadel, kui rahva tervishoidlikud huvid kaalu pääl.

Hädaohtlikuks kombeks on meie rahva keskel matused, kus suur hulk rahvast kokku kogub ja kauemat aega otsekohe haigusidude pesas viibib. Mõõdaläinud suvel võis mitmes kohas kindlaks teha, et kõhutõve taud laiali lagunema hakkas nende keskel, kes kõhutõppe surnud inimeste matusel käisid. Üksikutes kohtades desinfitseeritakse küll ruumi, kus haige viibis, kuid see on rohkem vormi täitmine ja toob ennem kahju kui kasu. Võis ka tähele panna, et maal kõhutõbine sauna viiakse, seal hoolega vihutakse, mille järele teised perekonna liikmed samas saunas omale haigusidud omandavad. Katseid rohke viina tarvitamisega ennast kõhutõve eest kaitsta, võib meie rahva keskel sagedasti leida.



Kui ligemalt vaatleme kõhutõve taudiga võitlemise viisi, mida meil läbi viia katsuti, siis paistavad silma mõned puudused, mis parandust nõuavad. Võitlust täies ulatuses peab kohe algama, kui esimesed juhtumised ilmsiks tulevad. Meie kuulsime et esimeste kõhutõve juhtumiste kindlaksmääramisel mitmesugused takistused ees on, kuid ka siis, kui sarnased juhtumised kindlaks on tehtud, ei alata kohe energilist võitlust. Barakkide avamisega viivitakse, lootes et taud lahti ei puhke. Võtab aga kõhutõve taud laialisema käigu, siis ei suuda barakid enam oma ülesannet täita. Nendes kohtades, kus esimesed kõhutõbised otsekohe isoleeriti ja haigemajadesse mahutati (Paide, Pangoti, Kodavere), ei lagunenud kõhutõbi möödaläinud suvel laiali. Barakkide sisseseadeks tarviliku materjaali puudus andis ennast kohati valusasti tunda. Et seda tulevikus ei juhtuks, peaks iga maakonna valitsus hoolt kandma, et iga silmapilk valmis oleks täielik varustus suurema ehk vähema baraki avamiseks, kuna Tervishoiu päevalitsusel käepärast oleks täiendav varustus nendeks juhtumisteks, kui taud laialise käigu omandaks. Et möödaläinud suvel mõned barakid otstarbekohatud olid, näitab suur haigekestajämise protsent personaali keskel. Ei tohi hääks kiita, et kõhutõve barakkide alla koolimaja ruumisid tarvitakse, kuhu mõni nädal pääle baraki töö lõppu hulk lapsi kokku kogub.

Suureks puuduseks tuleb lugeda, et meil kõhutõve haiged siis haigemajast välja saadetakse, kui nad kliiniliselt terveks saavad, ilma et teada oleks, kas nad bakterioloogiliselt terved on. Oleks meil terves vabariigis paar korralikku bakterioloogilist

laboratooriumi, siis ei oleks raske taudi korral väikseid liikuvaid laboratooriume kokku seada ja neid kohale saata, kus nad oma ülesande ilusaste täidaks. Ei oleks ka võimatu, et igas maakonnalinnas haigemaja juures väike bakterioloogiline laboratoorium asuks. Loodame, et meil paari aasta pärast sarnastest arstidest puudust ei saa olema, kes baktarioloogilisi töid võiksid toimetada.

Suureks takistuseks on taudide vastu võitlemises selgusetu vahekord meie omavalitsusasutuste ja jaoskonna-arstide vahel. Arst nõuab ühe ehk teise korralduse täitmist, kuna omavalitsuse võimud seda ei täida, põhjendades, et arsti nõudmisel seaduslik alus puudub, ehk mis veel pahem, sagedasti otsustavad mitte kompetentsed isikud, et arsti nõudmine, kui vähetarvilik, täitmata võib jääda. Jaoskonna-arstidel puudub edasiliikumise võimalus, mille tõttu paljud haiged registreerimata jäävad. Vallast küüthobuste saamine on seotud suurte raskustega. Samati selgusetu on vahekord arsti ja arstitarvitaja vahel, kus mitmesugused segadused tasu asjus tekivad, mille tõttu paljud kardavad arsti kutsuda. Sarnaste selgusetu vahekordade lahendamiseks on tarvilikud üleriiklised taudide vastu võitlemise määrad, mis meil puuduvad.

Üksikutes kohtades tehti katset karantiiniga kõhutõve taudile piiri panna, kuid see katse ei õnnestanud, sest karantiinist arusaamine puudub rahval ja karantiinist möödapääsmise teid on liig palju. Loodame, et lendlehed, mida suurel hulgal laiali laotati, kõhutõve taudi vastu võitlemises märksa kaasa avitasid, kuid seda on vähe. Oleks tarvilik järjekindlaid tervishoidlikke kõnekoosolekuid korraldada maal, vahest siis avaneks paljudel silmad. Teisest küljest peab meie noorsugu tervishoidlise arusaamise suhtes kasvatama, milles üldise tervishoiu õpetuse tarvitusele võtmine koolides suurt osa etendaks.

Spetsiifiline profülaktika aktiivse immuniseerimise teel ei ole meie arstide keskel tarvitust leidnud kõhutõve vastu võitlemises. Möödaläinud suvel tarvitati düsenteeria vaktsiini ainult üksikutes kohtades mõnekümne inimese juures. Et vaktsineerimise teel võimalik on kõhutõve vastu võidelda, seda tõendavad Shiga, Castellani, Thomsoni, Dean'i ja Adamsoni laialised uurimised. Vincent tuli oma uuemate uurimiste põhjal otsusele, et aktiivne immuniseerimine kõhutõve vastu võitlemises häid tagajärgi annab ja praktiliselt läbiviidav on. Tema nõuab, et iga kõhutõve taudi juures nende mikroobide

vaktsiini peab tarvitama, mis taudi põhjuseks on. Et vaktsiini tarvitamine teaduslisel alusel seisaks, peab iga kord taudi idude iseloomu bakterioloogiliselt tundma õppima. Loodame, et meie juures vaktsiini tarvitamine tulevikus rohkem tähelepanu leiab ja mõnegi inimese elu päästa suudab.

### Literatuur.

Castellani: Dysentery in Ceylon. Brit. med. journ. 1904. Some researches on the etiology of dysentery in Ceylon. Journ. of hyg. 1904. Chantemesse: Le microbe de la dysenterie épidémique. La Presse médic. 1902, № 59. Über die Priorität der Entdeckung des Ruhrbacillus. Deutsch. med. Woch. 1903, № 12. Le Dantec: Dysenterie sprillaire. Compt. rend. Soc. Biol. 1903, № 16. Deycke u. Reschad-Effendi: Die Dysenterie in Konstantinopel. Jena 1904. Dopter: Les dysenteries. Paris 1908. La dysenterie bacillaire. Ann. de l'Inst. Pasteur 1906, № 1—2. La sérothérapie de la dysenterie: Paris 1909. Duval: Another member of the dysentery group. Journ. Amer. med. ass. Vol. 43, 1904. Eckert: Bakteriolog. Erfahr. über die Ruhr in Nordchina. Deutsch. milit. ärzt. Zeitschr. 1906, № 7. Flexner: Etiology of dysentery. Centralbl. f. Bakter. Bd. 30, 1901. A comparative study of dysentery bacilli. Centralbl. f. Bakt. Bd. 30, 1901. Galli-Valerio: L'étiol. et la prophyl. de la dysenter. bactér. Centralbl. f. Bakt. I, Ab. Bd. 45. 1909. L'état actuel de nos connaissances sur le rôle des mouches etc. Centralbl. f. Bakt. Bd. 54, 1910. Kruse: Aetiologie und Prophyl. der Ruhr. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1904. M. 12. Die Verbreitung der Ruhr etc. Klin. Jahrb. Bd. 19, 1908. Diskussionsbemerkung. Centralbl. f. Bakt. I Abt., Bd. 42, 1908. Кулеша: Микробы дизентерии. Микробиол. Злароропова 1916. Küster: Ein Dysenteriebacillenträger. Münch. med. Woch. 1908, № 35. Lentz: Dysenterie. Handb. d. path. Mikroorg. Kolle-Wassermann, Bd. III. 1913. Liefmann u. Nieter: Über Ruhr bei Irren. Münch. med. Woch. 1906, № 43. Métin: Recherches sur l'étiologie de la dysenterie des pays chaudes. Ann. d'hyg. et de méd. col. 1902, H. 4. Negri: Eine Dysenterieepidemie etc. Centrälbl. f. Bakt. 1906, Bd. 41. Ravaut et Dopter: Une épidémie de dysenterie bacillaire etc. Bull. Soc. de path. exot. 1909, № 1. Ruffer: On the etiology of dysentery. Brit. med. journ. 1905, Vol. 2. Shiga: Epidemiolog. Betracht. über die Dysent. in Japan. Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 60, 1908. Typen der Dysenteriebacillen u. s. w. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 60, 1908. Über Versuche zur Schutzimpfung gegen die Ruhr. Deutsch. med. Woch. 1903, № 18. Vincent: Sur la vaccination de l'homme contre la dysenterie bacillaire. Compt. r. des Soc. Biol. 1921, № 34. La vaccination contre la dysenterie etc. Congr. of the roy. Inst. of publ. Health 1920. Vincent et Muratet: Dysenteries, Choléra asiatique et typhus exantématique. Paris 1917.

## R é s u m é.

La dysenterie est un syndrome commun à plusieurs infections. On devra comprendre sous ce nom la dysenterie bacillaire, la dysenterie amibienne, les dysenteries à *Balantidium coli*, à *Trichomonas intestinalis*; la dysenterie à spirilles, à cocco-bacilles, à bacille pyocyanique, à *proteus vulgaris* etc. Tous les cas de diarrhée observés ne sont assurément pas justiciables du bacille dysentérique. De ces diverses formes de dysenterie, il en est deux qui, par leur fréquence et leur gravité, dominent de beaucoup toutes les autres: la dysenterie bacillaire et la dysenterie amibienne. La dysenterie bacillaire est une maladie ubiquitaire, mais elle fréquente spécialement les pays froids ou tempérés. La dysenterie amibienne est plus commune dans les climats chauds, mais aussi a-t-elle été signalée un peu partout dans toutes les régions européennes.

Les villes et les districts de la République Esthonienne ont été parfois le siège d'épidémies graves de dysenterie. On a décrit une épidémie en 1845—1846, en quelle période la mortalité a été très élevée. Une grave épidémie a régné en 1868 et en 1877 en certaines localités. Au début de la guerre mondiale la dysenterie a fait en 1914 son apparition parmi les soldats de l'armée russe, mais plus souvent à des formes bénignes et rapidement guéries. En 1919 et 1920, une grave épidémie de dysenterie a sévi parmi la population civile aussi bien que dans les armées, donnant lieu à une morbidité de 3,06 en 1919 et 3,08 en 1920 pour 1000. Les années 1919 et 1920 sont à considérer comme celles de la fondation de la République Esthonienne et de la guerre libératrice d'Esthonie. Il faut ajouter qu'à cette époque là, la dysenterie offrait une gravité extrême. En 1921 il y eut de mai à septembre environ 1000 cas de dysenterie aiguë. Cependant selon des renseignements de la statistique officielle la dysenterie pourrait régnier en Esthonie à l'état endémique, donnant lieu à des cas isolés.

En présence d'un syndrome dysentérique on devrait toujours en déterminer la cause. Le diagnostic précoce et précis ne pourrait être établi que par une recherche simultanée des parasites dans les selles. Dans tous les cas de dysenterie on devra donc pratiquer un certain nombre de recherches de laboratoire. L'examen microscopique devrait porter sur des fèces très récemment émises. Le diagnostic bactériologique de la dysenterie bacillaire, nécessite la culture et l'isolement du bacille, ainsi que son identification. Il existe des races de bacilles dysentériques, comme il existe des races de bacilles typhiques. A côté d'eux on rencontre également un certain nombre de bacilles dits pseudo-dysentériques qui par leurs caractères biologiques différencient plus ou moins des bacilles dysentériques vrais. Chaque épidémie de dysenterie bacillaire semble comporter sa propre variété microbienne.

L'épidémie de dysenterie observée en 1921 en Esthonie, a donné lieu à la constatation la plus habituelle du bacille du type Shiga, plus rarement du type Y. Le bacille de para-dysenterie Kulescha a aussi été isolé. On considère le bacille de Shiga comme le plus dangereux, donnant lieu à des formes très graves. La mortalité atteint en 1921 dans les campagnes, de 10,8 à 28,5 pour 100 des malades, et de 13,7 à 24,2 pour 100 dans les hôpitaux. Parmi les enfants la mortalité atteint 35—42 pour 100, parmi les adultes

33—35 pour 100 et parmi les sujets âgés de 20 à 40 ans 5—7 pour 100 des malades.

La dysenterie bacillaire est une des maladies les plus contagieuses. L'agent pathogène végété exclusivement ou surtout dans les fèces du malade. Quel que soit le mode de contagion, direct ou médiat, le point de départ du bacille est toujours constitué par les matières fécales du malade ou du porteur de germes. La contagion directe est très commune. Dans les campagnes, où les règles de l'hygiène sont ignorées, où les déjections sont jetées partout, la contamination est très facile et la dysenterie et parfois plus tenace. Dans les villes, la dysenterie frappe plus spécialement les quartiers populeux, les familles pauvres, où les enfants et les parents vivant en contact étroit, se contaminent mutuellement avec la plus grande facilité. Les aliments contaminés réclament une part non négligeable dans la transmission de la dysenterie, soit parce qu'ils ont été manipulés par des malades aigus ou chroniques ou par des porteurs de germes, soit parce qu'ils ont été en contact avec le sol imprégné de matières fécales, soit parce que les mouches y ont déposé des germes. On peut conclure, que l'eau de boisson peut déterminer l'éclosion de la dysenterie, mais qu'elle n'est nullement le facteur le plus important de cette maladie.

Les mesures prophylactiques recommandées à propos des maladies à détermination intestinale trouveront lieu ici. L'isolement des malades atteints de dysenterie bacillaire s'impose immédiatement. Les examens de laboratoire doivent s'adresser, non seulement aux cas cliniques caractéristiques de dysenterie, mais aussi aux formes frustes, aux diarrhées bénignes, aux états sporadiques, qui sont les avant-coureurs d'une épidémie. Il y a lieu de prendre des précautions à l'égard des convalescents et des sujets qui restent ou deviennent porteurs de germes. Le recours aux laboratoires est inséparable d'une prophylaxie rationnelle de la dysenterie. La prophylaxie devrait se montrer particulièrement sévère. Le médecin portera spécialement son attention sur la propreté des latrines, leur désinfection rigoureuse, la lutte systématique contre les mouches. La contamination du sol par l'accumulation des excréments est redoutable. Le malade atteint de dysenterie ou de diarrhée, le porteur de bacilles devraient être formellement écartés des cuisines. Ils ne devraient pas participer à la préparation des aliments. L'immunisation active n'est pas, jusqu'ici, entrée dans la pratique courante. Il paraît utile d'attirer l'attention sur la nécessité pratique, en cas d'épidémie, de déterminer au plus tôt, par l'examen bactériologique, la nature exacte du bacille infectant, afin d'employer, de préférence, le vaccin approprié à l'épidémie.



A  
A-15192  
i