

DR. MED. G. KORNEL

SÜÜFILIS

TARTU EESTI KIRJASTUS

WILHELM KORNEL

SÜÜFILIS

SÜÜFILIS

WILHELM KORNEL

A-14252

DR. MED. G. KORNEL

SÜÜFILIS

TARTU ÜLKOOL
RÄHMATUKOGU

TARTU EESTI KIRJASTUS

DR. MED. G. KORNEL

SÜÜFILIS

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

33097902

Korrektor M. Kindlam.

Trükikäitis „POSTIMEES“, Tartu, 1943

E E S S Õ N A.

Autorit tiivustas selle raamatu kirjutamisele asjaolu, et seni eesti keeles puudus teos, mis vähegi põhjalikumalt käsitleks rahvatervishoio seisukohalt nii tähtsat haigust, kui seda on süüfilis.

Raamatu kirjutamisel taotles autor järgmisi sihte:

1. Anda üliõpilastele väärtuslikku ja ainult uemail kogemusel põhinevat materjali süüfilise tundmaõppimiseks. Kuigi raamat ei ole mõeldud puht õppe-raamatuks (selleks puuduvad tal õpperaamatuis ettenähtud teatud eriosad, nagu histoloogia, patoloogiline anatoomia, diferentsiaal-diagnoos, mis osade sissetoomine oleks käesoleva teose viinud kaugelt kõrvale populaarteaduslikust mõistest), sobib ta siiski üliõpilastele teadmiste omandamiseks tulevase arstikutse jaoks.

2. Tutvustada kõige uuema süüfilist käsitleva kirjandusega arste-mittespet-sialiste (eriti jaoskonnaarste maal), kellel puudub võimalus endile muretseda vastavaid teoseid igalt erialalt ja pidevalt kontaktis olla selle ala välismaa uuema kirjandusega, kus viimaseil aastail on leidnud uut arusaamist ning uut selgitust paljudki põhjanevad küsimused nii haiguse kulgemise, nähtude kui ka ravi suhtes.

3. Anda velskrite ning meditsiiniliste õdede koolidele ning kursustele raamat õppimiseks (teatud lühendustega lektori poolt).

4. Anda asjastuhvitatud lugejaile ja eriti süüfilishaigeile ajakohane kirjeldus sellest haigusest ja tema ravist. Meil teab iga inimene midagi süüfilisest ja rahva seas on see haigus „prantsuse haiguse“ ehk „kuritõve“ nimetuse all rohkemgi tuntud kui paljud teised haigused, kuid need teadmised on sageli liigagi väärad. Rahva seas on üldiselt levinud vaade, et süüfilis on parandamatu haigus. Sel põhjusel paljud ei ravi endid nii põhjalikult kui vajalik, millega levitavad haigust ja annavad seda üle isegi oma järeltulevale soole. Käesolevast teosest jookseb punase joonena läbi toonitamine, et süüfilis on tänapäeval täielikult tervistatav haigus. Tervistumine on saavutatav seda kergemini ning kiiremini (isegi mõne kuuga), mida varem haige eriarsti poole pöördub ja mida korrapärasemalt ta ennast ravib.

Oma vääruvaated süüfilise kohta on inimesed hankinud vanadest, ajast ja arust läinud raamatutest, mis vaadete kaotamine on ka selle raamatu suuri sihte. Eriti loodab autor süüfilise üle teadmiste levimist ka naiste hulgas, kes oma võhikluse tõttu on suuremad haiguse levitajad kui mehed ja kellele süüfilisel on otsust andev tähtsus järeltuleva soo suhtes.

Esmakordselt eesti keeles leiab nii laialdast populaarset käsitlemist kaasasündinud süüfilise küsimus koos selle ravi ning sellest haigusest hoidumisega, mis

taotleb õilsat sihti vähendada nende õnnetute arvu ja seda rasket koormust, mida kaasasündinud süüfilisega haiged tekitavad oma vanemaile, ühiskonnale ja riigile. Täidavad ju säärased haiged suureprotsendiliselt nõrgamõistuslike, idiootide, pimedate ja kurtummade asutisi ning vaimuhaigete kliinikuid, olles süütud ohvrid oma vanemate puudulikele teadmistele süüfilisest ja selle haiguse järeltulevale soole edasiandmise võrdlemisi hõlpsa äraahoidmise võimalustest praegusel ajal.

Paljud süüfilishaiged eksivad abiellumise küsimuses, hävitades seega sageli oma perekonna elu ning õnne. Seepärast leiab see küsimus arutlemist eripeatükis, seda enam, et nüüdsel ajal pannakse rohkem kui kunagi varem rõhku üksikisiku ning rahva tervishoiule, mille juures ei saa kuidagi mööduda süüfilisest kui haigusest, mis võib oma lagastavat mõju avaldada haige mitmele sugupõlvele.

Raamat on kirjutatud võimalikult kõigile lugejaile arusaadavalt, kuna ladinakeelsed nimetused on mõeldud meditsiinilisele personaalile. Haigusnähtude ja ravi põhjalik käsitlemine on mõeldud üliõpilastele, et nad oleksid täielikult tuttavad süüfilise tunnuste ja praegusa ja raviviiside ning ravivahenditega ja võiksid edaspidi arstidena anda haigeile parimat ning moodsaimat abi.

Haiged aga näevad ja mõistavad raamatuga tutvudes, kui võrd tähtis on nende õigeaegne pöördumine arsti poole ja põhjalik ning korrapärane ravi. Ühtlasi õpivad nad haiguse levitamisest hoidumist, teised lugejad aga nakatumise vältimist. See annab lootust, et meil süüfilisse haigestumiste arv sõjale järgnevatel aastail ei suurene, nagu see on ajalooliselt tavaline nähtus, vaid väheneb.

Joonised tekstis on võetud raamatuist:

joon. 1 — „Tervise Käsiraamat“, Eesti Tervishoiu Muuseumi väljaanne, Tartu, 1940.

„ 2 ja 5 — Prof. Paul Mulzer: „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten“, Bd. I., Stuttgart, 1929.

„ 3 ja 4 ja skeem „Süüfilise järgud“ — Dots. dr. Karl H. Vohwinkel: „Die Haut- und Geschlechtskrankheiten (Wehrmedizin)“, Stuttgart, 1940.

„ 6 ja 7 — Prof. dr. med. A. Lüüs: „Lastehaigused“ II, Tartu, 1940.

„ 8 ja 9 — Prof. Alfred Fournier: „Hereditäre Syphilis“ (dr. med. Edgar Neumann'i autoriseeritud tõlge), Dresden, 1910.

Värvilised pildid eritahvlitel on võetud raamatuist:

tahvel I, nr. 4 — Prof. dr. med. E. Hoffmann: „Die Syphilis“.

„ II ja IV (juuste väljalangemine ja papuloosne lööve lapsel) — Dr. Feliks Malinovski: „Veneritšeskija bolezni (sifilis)“, Peterburg, 1914.

Kõik teised värvilised pildid on võetud prof. dr. med. E. Jacobi raamatust „Atlas der Hautkrankheiten“, Berliin ja Viin, 1913.

Autor.

I. Ajaloolist süüfilisest.

Andmeid haigusest, mis lubab oletada süüfilist, leidub juba muistsetest aegadest. Nii kirjeldatakse kreeklaste, hindude, assüurlaste ja babüloomlaste müütides haigusi, mis väga sarnanevad süüfilise nähtudega, ja säärseid kirjeldusi leidub ka piiblis, alates Moosese raamatuga, mille vanust arvatakse 5000—7000 aastale e. Kr. Kuningate Taaveti ja Saalomoni, samuti ka Hiiobi haigust võib arvata süüfiliseks.

Sküüdid tundsid haigust, mis kandus üle järeltulevale soole, ja ka seda võib pidada süüfiliseks.

Vanimas seni säilinud hindude arstiteaduslikus koguteoses „Agurveda“ (Eluraamat), mille vanust loetakse tänapäevast 1500—3300 aastale, räägib teose autor Susruta süüfilisega sarnanevast haigusest, mis olevat tuntud olnud juba 2000 aastat e. Kr.

Hiina muistsetes teostes 2500 a. e. Kr. leidub kirjeldusi suguelundite paistetest, mis mürgistanud verd, tekitanud kubemenäärmete paistetust ning nina mädanemist. Neid paiseid olevat juba hallil eelajaloolisel ajastul ravitud elavhõbedaga ja sarsaparilliga.

Egiptuse papüürustel XVI sajandist e. Kr. mainitakse konstitutsionaalset haigust „uhedu“, mis tekitab kirjut löövet nahal ja vigastab silmi, suuõõnt, luid ning pärasoole ümbrust.

Ka Indias IX sajandil e. Kr. esinenud haigust „pärsia tuli“, mida raviti elavhõbedaga, loevad uurijad süüfiliseks.

Süüfilisega üllatavalt sarnanevaist haigusnähtudest räägivad ka muitse Araabia, Kreeka ja Rooma kirjanduslikud ning arstiteaduslikud teosed. Et süüfilis pidi tuntud olema juba vanas Roomas, eriti oma liiderliku elu poolest kuulsas Kampanias, seda kinnitab tabavalt Pompeji väljakaevamistel leitud seinapealkiri, kus on öeldud, et keegi Maximus omandas lõbunaisega kokkuelamise tagajärjel läbi ja läbi taudistatud ihu ja suu täis limapaapuleid. Süüfilise olemasolu vanas Roomas lubavad oletada ka muistsed rooma mitmekesi-

sed kunstiteosed. Horatius'e luuletuses mainitud *morbus campanus*'t võib arvata süüfiliseks.

Arst Hippokrates kirjeldab III sajandil e. Kr. naaste ja haavandeid suulimanahal koos kubemenäärmete paistetusega. Celsus (I sajandil p. Kr.) kirjeldab paiseid suguelunditel ja jagab need ühelt poolt puhtateks ning kuivadeks ja teiselt poolt leemendavaiks ning mädaseiks. Hiljem kirjeldab Paulus täpselt pehme kurgulae mädahaava, mis vastab hilissüüfilise nähule samas kohas. II sajandil kirjeldab Galenus haigusnähte, mis on sarnased süüfilise nähtudega.

Tõenäoliselt põdes Nero süüfilist, sest tema kehale tekkinud tähniline lööve ja nähtavasti leemendavad kondüloomid.

IV sajandil p. Kr. oli Armeenias levinud nakkushaigus „uruk“, mida arvati päritavaks ja millesse haigestunuile keelati abiellumine ning ehitati erilisi varjupaiku. XII sajandil olevat „uruk“ ära segatud teise haigusega „böra“ (pidalitõbi), kuid XV sajandil eraldab arst Amir-Dovlat uuesti süüfilise leeprast, kirjeldades peale nende veel viit nakkushaigust.

Jaapani arstiteaduslikes raamatuis IX sajandist p. Kr. kirjeldatakse suure täpsusega haigust, mis vigastab suguelundite järel ka suu- ning ninaõont ja katab keha tähnide ning paisetega. Süüfilise olemasolu kohta Jaapanis muistsel ajal lähevad aga jaapani teadlaste arvamused lahku.

IX sajandi india arstid Sagarassiar ja Alessianabi kirjeldavad tol ajal Indias (Aasias) nuhtluseks olnud haigust „iujam'i“, mis vägagi sarnaneb süüfilisega. Araabia õpetlased Rases (IX sajandil) ja Avicenna (XI sajandil) eraldavad suguelunditel kõvu paiseid pehmetest.

Nii leiame eeltoodud ajalooliselt vanemates teostes kirjeldusi haigusnähtudest, mis on väga sarnased süüfilise nähtudega, kuigi teaduslikult pole võimalik neid haigusi nüüd tagantjärele kindlasti süüfiliseks tunnistada. Paljud teadlased panevadki kõik need nähud mitte süüfilise, vaid pidalitõve, vähi ja pehme šankri arvele.

Teisest küljest leidub teoseid keskajast, kus on pidalitõve nähtudena loetletud haigustunnuseid, mis tõenäoliselt kuuluvad süüfilisele: nakkus koosmagamise kaudu, millele järgnevad mitmekesised lööbed nahal, näärmete suurenemine, ninaluu hävimine, juuste väljalangemine, luukasvajad ja haiguse ülekandumine pärilikul teel. Rohkem süüfilise kui leepra poolt räägivad ka andmed, millede järgi Poznańi piiskop Nikolai Kurnik olevat surnud 1382. aastal paisete

tagajärjel suguelunditel ja kurgus, mis tal takistanud rääkimist ja neelamist. Lancasteri kuningas Lothar ja Böömi kuningas Wenzel surnud paistesesse, mis nad saanud oma naistelt.

Küsimus, kas muistsetes ja vanemates ajaloolistes allikates loetletud haigusnähud kuuluvad tõeliselt süüfilisele või mõnele teisele haigusele, jääbki kindlate andmete puudumisel vaieldavaks. Suur osa praegusaja uurijaist loeb neid nähte siiski süüfilise põhjustatuiks.

Küll on süüfilisest Euroopas ajalooliselt täiesti kindlaid andmeid, mis kuuluvad XV sajandi lõpp-aastaisse. Siis puhkes Lõuna-Euroopas suur süüfilistaud (-epideemia), mis järgnevail aastail kohutavalt levis riigist riiki, kuni vallutas kogu Euroopa.

Teadlased hakkasid uurima, kust tuli haigus ühele või teisele maale. Esimesena on haigust kirjeldanud noor hispaania arst Scilatus Barcelonas 1493. aastal. Teine arst Diaz de Isla ravis samal aastal sellest haigusest Kolumbuse madruseid, kes olid Barcelonasse tagasi jõudnud esimeselt Ameerika avastamise reisult. Et süüfiliseepideemia Euroopas lahti puhkes Kolumbuse Ameerikast tagasijõudmisele järgnevail aastail, siis tekkis oletus, et tema meeskond tõi haiguse Euroopasse Ameerikast. Esimesena avaldas seda arvamust 1525. aastal hispaania arst Oviedo, kelle järgi süüfilise kodumaaks pidi olema Lääne-India.

Sündmuste käik ise oli järgmine: 3. augustil 1492. a. alustas Kolumbus oma ümbermaailmareisu Palos'est ja jõudis 6. dets. Haiti ehk Española (Isla Española) saarele, kus peatus meeskonnaga 40 päeva. 16. jaan. 1493 alustas ta kojusõitu, jõudes Palos'esse tagasi 14. märtsil ja Barcelonasse aprilli keskel, kus peatus mõne nädala. Kohaliku arsti Diaz de Isla andmeil põdesid tema meeskonna liikmed seni Hispaanias tundmata haigust, mille nad olevat saanud Haiti saare elanikelt, kelledele see haigus olevat tuntud juba ammust ajast. Haigus levis Barcelonas ja varsti ka teistes Hispaania linnades, saades endale nimeks „mal de las Isla Española (Haiti saare haigus), „sarna de las Indias“ ehk „sarampion de las Indias“ (india tõbi).

Epideemia kuju omandas süüfilis esmajoones Prantsuse kuninga Charles VIII sõjaväes, kes piiras ja vallutas Napoli linna Itaalias 1494.—1495. a. Tema paljudest rahvustest koosnevas palgalises sõjaväes teenis peale helveetslaste, prantslaste, hollandlaste ja slaavlaste ka umbes 300 hispaanlast, kellede seas pidi olema süüfilishai-

geid. Need levitasid haigust laialdaselt esiteks kaassõdurite hulgas ja Napoli vallutamise järel koos viimastega ka linnas.

Seega oleks Ameerikast toodud haiguse esimeseks pesitsemispaigaks Euroopas Hispaania, kust ta edasi viidi Charles VIII sõjaväkke ja Napoli linna.

Mõnede teadlaste arvamus on, et uue haiguse esimeseks pesitsemispaigaks võis saada ka Itaalia, kelle kallastel Kolumbuse laevastik tagasisõidul Ameerikast läbi tegi avarii, jättes kaasatoodud haigust sinna maha juba enne Hispaaniasse jõudmist. Selle oletuse järgi võis Charles VIII sõjavägi suuremal hulgal haigestuda juba napollastest.

Igatahes etendas see sõjavägi süüfilisepideemia levimisel Euroopas väga tähtsat osa. Kui tema palgasõdurid 1495. a. suvel sõjateenistusest vabanedes mitmeil mail oma kodudesse laiali valgusid, siis viisid nad sinna kaasa ka süüfilise. Haiguse võidukäigule aitasid suuresti kaasa rahvaste harimatus, kõigis kihtides valitsev ebakõlblus, tervishoiuvastased elutingimused, palverännakud ja ristisõjad, samuti ka vastava ravi puudumine ja mitteteadmised, kuidas nakatumisest hoiduda.

1496. aastal vallutas taud Prantsusmaa, Helveetsia ja Saksamaa, siis Hollandi, Taani ja Inglismaa. Saksamaalt tungis taud Austriasse ja Ungarisse, seal Poolasse ja 1499. aastal Venesse. Eestisse toodi süüfilis 1497. aastal merimeeste kaudu.

1500. aastal oli haigus vallutanud peaaegu kogu Euroopa. Siit viisid merimehed ja kaupmehed ta Põhja-Aafrikasse, Egiptusse ja Türgimaale. 1504. aastaks viisid portugali ja hiina kaupmehed haiguse Aiasse, Hiinasse ja Indiasse ning siis ka Jaapanisse, kus epideemia möllas 1512. aastal Kiotos.

Igal pool anti haigusele eri rahvaste, riikide ja linnade poolt eri nimetusi, milliseid on tänapäevaks teada üle 400, neist 140 geograafilise tähendusega — naaberlinna või maa järgi, kust arvati haigus toodud olevat. Itaallased, hollandlased ja inglased nimetasid teda hispaania haiguseks, prantslased napoli tõveks, helveetslased ja sakslased prantsuse haiguseks (die Franzosen, *morbis gallicus*), poolakad saksa haiguseks, venelased poola ja prantsuse haiguseks, jaapanlased „to-kasa'ks“ (välismaalaste haiguseks) ja „liu-kiu-kasa'ks“ (haiguseks saartelt), hiinlased „kuang-toung-tšuang'iks“ (kantoni haiguseks). Eestis nimetati haigust algul rõugeteks, hiljem prantsuse ja kuritõveks. Väga mitmesuguseid ja erinevaid nimetusi tarvitati ka teadlaste keskel, mis aina raskendab süüfilise ajaloo

uurimist. XVI sajandi alguses nimetasid teadlased haigust sageli siiski *morbis gallicus*'eks.

Säärast süüfilise päritolu Ameerikast ja tema sealt Euroopasse toomise seletamist pooldab enamik uurijaist, kuigi puht-teaduslikult pole seda suudetud küllaldaselt põhjendada.

See „amerikanistide“ (süüfilise Ameerika-päritolu pooldajate) (nende eesotsas seisab Ivan Bloch) vaade leiab aga kindlat vastuseismist teise osa teadlaste poolt, kes arvavad, et süüfilis pesitseb Euroopas juba muistsetest aegadest („europaistide teooria“). Oma oletust põhjendavad nad peale kõigi eelmainitud ajalooliste andmete (piibel, kreeka, rooma jt. muistsed kultuuriteosed jne.) veel ennemuistsete haudade lahtikaevamiste tulemustega. Sääraste haudade avamisel mitmetes Euroopa osades on leitud inimluid, laste koljusid ja hambaid, millel esinevad muutused lubavad arvata süüfilist nende omanikel. Ameerika mitmes osas tuhandeid vanu, enne Kolumbuse aegseid luukeresid uurinud Hrdlička ei olevat neil kordagi leidnud süfiliitilisi muutusi, küll aga leidis ta viimaseid väga rohkesti luukeredel, mis on päevavalgele toodud XVIII sajandi alguse haudadest. Friedberg'i andmeil pödes püha Viktori kloostri Mainzis 1472. a. üks koorilaulja „prantsuse tõbe“ (*mala francos*), nagu näitavad kloostri vanad käsikirjad.

Olaus Petri kinnitab, et Taanis möllas juba 1483. a. haigus, mida nimetati *morbis gallicus*'eks.

Hispaania munk Francisk Delgado kinnitab (XVI sajandi alguses), et 1488. a. võimutses süüfilis Rapallos ja et Kolumbuse madrused viisid selle haiguse Ameerikasse.

Baptist Fullgosi, Genua doodž, tähendab, et juba 2 aastat enne Charles VIII sõjakäiku Itaaliasse esines seal süüfilis, mis oli hispaanlaste poolt sinna toodud Etioopiast.

Kui arvata Poznańi piiskopi ja Lancasteri kuninga haigust süüfiliseks, siis räägib ka see süüfilise Ameerika-päritolu vastu.

Süüfilise päritolu kohta lõpliku otsuse tegemine osutub niisii praegugi võimatuks. Võib-olla on tõele kõige lähemal arvamus, et süüfilis on niisama vana kui inimsugu ja et ta vaid XV sajandi lõpul levis epideemiliselt.

Kindel on küll see, et ajalooline suur süüfiliseepideemia XV sajandi lõpul nõudis tohutul arvul ohvreid, sest haigus oli tol ajal palju pahaloomulisem kui tänapäeval ja lõppes sageli haige surmaga. Nakkumisviiside mitteteadmise tõttu ei osatud end tema eest kuidagi kaitsta ja inimesi valdas suur hirm. Võrdlemisi varsti saadi siiski

aru, et haigestutakse peamiselt sugulisel teel, mistõttu prantsuse arst Bethencourt pani 1527. aastal ette haigust nimetada ühtlase nimetusega *morbis venereus seu lues venerea* (suguhaigus ehk sugulisel teel saadud luues). See nimetus „luues“ püsib tänapäevani, peamiselt küll arstide keskel. Venes tarvitati ka nimetust *lues sarmatica*.

Tänapäeval üldiselt tarvitusel oleva nimetuse „süüfilis“ (*syphilis*) sai haigus Verona arstilt ning luuletajalt Hieronymus Fracastorius'elt 1530. aastal, mil ilmus tema öppeluuletus „*Syphilis sive morbus gallicus*“. Selles luuletuses seob autor haiguse nimetuse järgmise legendiga. Karjus Syphilus, piinatud keskpäevastest kuumusest, teotab päikest ja ehitab altareid päikese asemel oma kuningale Aleithous'ele; kui päike, valguse ema, seda nägi, oli ta sügavalt haavunud ja saatis vaenulikult maa peale mürgistatud kiiri ning rikkus õhu seninägemata haigusega. Esimesena haigestus Syphilus: ta ihu kattus paisetega, liigeseis mässas valu ja peletas une. Karjus Syphiluse järgi nimetatakse sama haigust seitsaadik süüfiliseks.

XVI sajandil tekitab süüfilis arstide keskel oma äärmiselt mitmekesiste nähtude pärast segadust: nad segavad süüfilise ära teiste suguhaigustega — tripperiga ja pehme šankriga. Selle sajandi alguses arst Vigo, kirjeldades süüfilist, eraldab teda veel tripperist ja isegi pehmest šankrist. Kuid Paracelsus (1493—1541) ja tema kaas-aeglane Pariisis Fernel (1485—1558) õpetasid juba avalikult, et kõigi suguhaiguste põhjuseks on üks ja sama mürk, mis tekitab mitmesuguseid haigusnähte, sõltuvalt mürgi asukohast, ja ka üldhaigestumist, kui see mürk satub naha ja limanaha paisetest organismi mahladesse. Vella (1508. a.) ja Massa (1532. a.) ei tee vahet tripperi, pehme šankri ja süüfilise vahel, lugedes neid üheks haiguseks. Segadust tekitab 1553. aastal ka Mussa Brassavolus, rääkides tripperi kahest kujust — ehtsast ja süfiliitilisest. Lõplikult segab tripperi süüfilisega 1564. aastal kuulus arst Ambroise Paré, kelle vaade, et süüfilis, pehme šanker ja tripper on üks ja sama mitmekujuline suguhaigus, sai varsti üldtunnustatuks (*s a m a s u s e - e h k i d e n t s u s e õ p e t u s*).

See väärarvamus jäi maksma 270 aastaks, kuigi aeg-ajalt leidis õpetlasi, kes sellele vastu vaidlesid. Esimesena vaidles 1715. aastal tripperi äravahetamise vastu süüfilisega inglise arst Cockbern ja 1753. a. tegi sedasama hollandi arst Boernhave. 1754. a. tähendab arst Astruc oma neljaköitelises traktaadis, et „tripper ei põhjusta kunagi süüfilist, kui nakatatud seeme ehk seemevedelik saab

vabalt ning rikkalikult välja voolata“. Oligi ju selguse saamine väga raske, sest tol ajal ei teatud veel midagi haigusi tekitavaist pisikuist ja kõike tuli selgitada vaid tähelepanekute ja katsetamiste abil enese ja haigetega. Siiski oli Astruc esimene, kes avaldas arvamust, et süüfilise põhjuseks võivad olla mikroorganismid.

Tripperi eraldamist süüfilisest ja tema iseseisvaks suguhaiguseks tunnistamist nõudis 1767. aastal oma doktoriväitekirjas ka inglise arst Balfour. Tekkis äge vaidlus tema kuulsa kaasmaalase John Hunter'iga. Viimane pookis asja lõplikuks selgitamiseks oma suguti lukile ja eesnahale tripperihaige kusetoru mäda ja ta haigestus — süüfilisse. Juhuslikult oli Hunter mäda võtnud haigelt, kel oli tripperi asemel kas kusetoru süüfilis või üheaegselt mõlemad haigused.

See eksitus õigustas valeõpetust veelgi 70 aastaks, tänu Hunteri suurele kuulsusele.

Lõplikult eraldas tripperi süüfilisest 1837. aastal Pariisi arst Ricord, olles 6 aasta vältel katsetanud 667 juhul tripperimäda pookimistega tervetele ja süüfilishaigetele (umbes 1400 pooget). Seega selgus lõplikult, et süüfilise ja tripperi põhjuseks on kaks teineteisest täiesti erinevat nakatusainet ja et mõlemad haigused on täiesti isepärased ega muundu kunagi üks teiseks, kusjuures tripper on ainult kohalik kusetoru haigus. Pisikuid selgi ajal veel ei tuntud.

Püsima jäi veel ekslik vaade, et süüfilis ja pehme šanker on üks ja sama haigus, mis võib esineda kahel kujul, ja et pehme šanker võib muunduda süüfiliseks, sõltuvalt asukohast kehal (u n i t a a r n e õ p e t u s). Selle arvamuse järgi võis haigus põhjustada kas ainult paikseid nähte lähemate mahlanäärmete paistetusega ja mädanemisega või ka organismi üldhaigestumist. Seda vaadet pooldas ka Ricord. Kuid 1852. aastal tõendas tema õpilane Leon Bassereau, et ka siin on tegemist kahe isesuguse ja täiesti iseseisva haigusega, kusjuures üks neist (pehme šanker) ei põhjusta kunagi organismi üldhaigestumist. Ka tema tõestas seda vaid kliiniliste tähelepanekute alusel. Seda arvas Fallopius juba 300 aastat varem (1555. aastal) samal teel saadud kogemuste põhjal. Seega sai Bassereau uue õpetuse — d u a l i s m i — rajajaks. Õieti tuleb selle õpetuse esimeheks rajajaks lugeda Hunterit, kes juba 1786. a. eraldas kõva šankri teistest suguelundite haavanditest (nn. Hunteri šanker), toonitades, et ainult kõva šanker põhjustab organismi üldhaigestumist, aga pehme põhjaga paised ainult paikseid nähte. Haavandeid eraldas

ta peamiselt elavhõbeda kasuliku või kahjuliku toime järgi neile. Selle vahepeal pooldamist leidnud arvamuse lükkas aga ümber Ricord möödunud sajandi kolmekümnendail aastail, kuni tema õpilane Bassereau tõe jälle jalule seadis.

Lõplikult põhjendas dualismi teooriat Rollet, kes tõestas, et kõva šankrit ei saa külge pookida inimesele, kellel on süüfilis, kuna pehmesse šankrisse võivad terved ja süfiliitikud elu vältel nakatuda paljukordselt, ilma et sellele järgneks süüfilise varajasi üldnähte. Neid juhtumeid, kus pehme šankri nähtude järel tekkisid süüfilise üldnähud, seletas Rollet seganakkusega, kus haige oli nakatunud nii süüfilisse kui ka pehmesse šankrisse.

Kuivõrd ennastohverdavalt suhtusid mõned arstid tõe leidmisse, näeme Lindemann'ist, kes pookis enesele 2000 pehme šankri paiset tõestamiseks, et see ei põhjusta üldhaigestumist (s. t. süüfilist).

Tänu Pasteur'ile, kes selgitas pisikute osa organismi haigestumises, ja Robert Koch'ile, kes leiutas pisikute värvimise täpsed meetodid, õnnestus 1879. aastal Breslau noorel dotsendil A. Neisser'il avastada tripperi tekitaja, kellele ta pani nimeks *gonokokk*. Kümme aastat hiljem (1889) avastas Ducrey pehme šankri tekitaja *streptobatsilli* ja 1905. aastal Fr. Schaudinn koos Erich Hoffmann'iga (tänu mikroskoobi täienemisele) ka süüfilise tekitaja — *kahkja spirohheedi* (*Spirochaeta pallida*). Enne seda avastati teiste poolt 27 aasta vältel umbes 30 pisikut, keda avastajad arvasid ekslikult süüfilise tekitajaiks.

Nii lõppes väga pikaldane ja vaearikas tõe otsimine süüfilise suhtes alles hiljuti eduga, millele kiires korras järgnesid tähtsad leiutised tema kindlakstegemiseks igas haiguse perioodis, tema kõigekülgeks mõistmiseks ja tema küüsi langenute terveks ravimiseks. Ja seda kõike tänu kahkja spirohheedi avastamisele, mis pani kindla aluse süüfilise katselisele ja igakülgele teaduslikule uurimisele.

Piltlikult öeldes on süüfilise tundmaõppimise ja ravimise alal viimase 30 aasta jooksul tehtud suuremaid edusamme kui keskajal 300 ja muistsel ajal 3000 aasta vältel (kui uskuda süüfilise olemasolu ennemuistsetel aegadel).

Tänu leiutatud ravivahendeile on haigus muutunud endisest õudsest tõvest täiesti tervistatavaks, eriti siis, kui ravi alustatakse varakult ja seda toimetatakse korrapäraselt ning järjekindlalt.

Ometi ei leidu praegugi maad, kus süüfilis tundmatu oleks. Tema eest pole kaitstud ükski rahvas ega ükski inimtõug. Eriti on

ta levinud sadama- ja suurlinnades, kust ta rahvaste rändamise ja soodsate liiklemisabinõude tõttu igale poole võrratult kergemini laiali kantakse kui vanasti. Õnneks on ta sadade aastate vältel oma kurjast iseloomust palju kaotanud. Kui aga puuduksid praegusaja mõjuvad ravivahendid, möllaks ta igal pool veel suurema epideemiana kui XV sajandi lõpul. Rahvaste haridusliku taseme tõusuga on ka õpitud end paremini hoidma temasse nakatumise eest ja kui nakatumine ongi aset leidnud, siis pidurdab haiguse suuremat levimist varane ning mõjuv ravimine, mis ühtlasi ära hoiab tema hilised raskemad nähud.

Kui eelmise maailmasõja ajal ja selle järel süüfilisse haigestumiste arv igal pool sotsiaalsete ning majanduslike olude tõttu tugevasti tõusis, siis pandi sellele varsti piir heade arstlike korralduste, tasuta ravimisvõimaluse ja rahva seas selgitustöö tegemise kaudu. Viimasel ajal väheneb süüfilishaigete arv järjekindlalt ka meil Eestis, näidates mõnel aastal (näit. 1938. a.) vaid juhuslikku tõusu.

II. Süüfilise tekitaja ja katseline (eksperimentaalne) süüfilis.

Nagu juba eespool mainitud, on süüfilise tekitajaks 1905. a. Fr. Schaudinn'i ja E. Hoffmann'i poolt avastatud kahkjasspirohheet (*Spirochaeta pallida*). Ta esineb süüfilishaige esmashaavandis, suurenenud mahlanäärmeis, mahlateede piludes, mahla- ning tõmbsoonte seintes, sidekoe kiudude ja limanaha epiteelrakkude vahel, roseoolides, paapulites, gummades, veres, närvisüsteemis, siseelundeis jne. Ta ei ole vere-, vaid on koeparasiit. Eriti palju leidub kahkjasspirohheete kaasasündinud süüfilisega laste siseelundeis, peamiselt maksas. Kinnikasvanud haiguskolletes võib neid puudulikult ravitud juhtudel leida veel aastaid. Olles õhuetuv (anaeroob), leiab kahkjasspirohheet soodsaid elutingimusi hapnikuvaeses kehamahlas, mis sisaldab hapnikku vaid 0,1% (tuiksoonte veres on hapnikku 20%, tõmbsoontes 8—12%).

Kahkjasspirohheet kujutab enesest niiditaolist, kruvisarnaselt piki telge keerdunud, laineliste loogeldustega väga õrna, nõrgalt valgust murdvat mikroorganismi. Tema paksus ehk risti-läbilõige on 0,3—0,6 mikronit ja see sõltub osaliselt tema vanusest; ta pikkus on mitmesugune, 4—20 mikronini. Ta moodustab rohkearvulisi loo-

kasid, arvult 10—26, mis on ühesuguselt kitsad ja sügavad. Üksikute lookade vahe on 1—1,2 mikronit, lookade sügavus 1—1,5 mikronit. Kahkjat spirohheedil on punnivinna kuju ja ta muutub mõlemates otstes peenemaks. Kummaski otsas on väga peenike sabake ehk vibur, mõnikord harva on neid ka kaks. Elavalt oma pikitelje ümber keereldes liigub kahkjast spirohheet puurimis-sarnaselt edasi-tagasi, kuid ta võib liikuda ka loogeldes, kiikudes ja kellaosuti-taoliselt. Liikumisel muutub ta lookade kuju väga vähe, nii et loogad jäävad ikkagi peaaegu ühesuguseks.

Kahkjat spirohheeti saab mitmel viisil värvida ja sedaviisi vaadelda mikroskoobis surnud olekus. Kuid teda võib näha ka elavana ja liikuvana mikroskoobi nn. pimeväljal. Kahkjat spirohheeti peab eraldama teistest spirohheetidest, mida on veel mitu liiki ja mis põhjustavad teisi haigusi (balaniiti ehk suguti eesnaha põletikku, taastuvat soetõbe jne.). Eriti sarnaneb kahkja spirohheediga *Spirochaeta dentium*, mis asetseb vigastes hammastes.



1. joon. Kahkjad spirohheedid koemahlas.

Peale eeltoodud tavaliste kujude esinevad veel kahkja spirohheedi ultramikroskoopilised ja atüübilised kujud. Esimesed on väga peenikesed ja lühikesed, 1—2 loogaga ja pika, ülipeene viburiga, teised teralised, mis tekivad kolmel viisil: 1) spiraalse kuju lagunemisel ehk üksikutesse osadesse jagunemisel; 2) spiraalsele kujule sõlmede tekkimisel, mis hiljem eralduvad; 3) spiraali keerdumisel ja lühenemisel järjekindlalt rohkem ja rohkem kuni peenteks teradeks muundumiseni. Kõige sagedamini leidub neid viimaseid süüfilise hilisnähtudes, gummades, kus spiraalset kuju esineb väga harva. Haiges koes leitakse sageli ka kepikujulisi kahkjaid spirohheete, mis osutuvad degeneratsioonivormideks.

Pole veel kindel, kas kahkjast spirohheet kuulub taime- või loomariiki. Ta nagu oleks üleminekuvormiks bakterite ja *Protozoa*'de vahel. Teadmata on ka, kas ta on ainu- või hulkrakne mikroorganism.

Vaieldav on kahkja spirohheedi paljunemisviisi küsimus. Ühed uurijad arvavad, et ta pooldub pikuti, teised, et risti, kolmandad oletavad kindla arenemistsükliga sugulist paljunemist ja isas- ning

emasolendite kujunemist. Arvatavasti valmistavad kahkjad spirohheedid ka eoseid (spore), mis on nende elu ja tõugu püsivalt alalhoidvaks kujuk.

Nüüdsel ajal osatakse kahkjaid spirohheete edasi kasvatada ka kunstlikel söötmel (puhaskultuurid). Mõnikord hoiavad nad ümberkülvamistel alles oma virulentsi (nakatusvõime). Kultuuri edesmaahavandi tekkimist ja munandite, silmade ning ka üldhaigestumist süüfilisse. Kuigi kodujäneste süüfilis erineb inimeste ja ahvide süüfilisest, on ometi esinenud laboratooriumide teenijate nakatumisi säärastelt katseloomadelt käte vigastuste kaudu. Spirohheetide kultuuridest on valmistatud isegi ravivaktsiine.

Kõige soodsamaks kahkja spirohheedi kasvamise ja paljunemise temperatuuriks on inimese kehasoojus, s. t. umbes 37° C. Kuigi tema eluvõime on väljaspool inimorganismi nõrk, võib ta teatud tingimustes oma nakatusvõimet võrdlemisi kaua alal hoida ka ebasoodsais temperatuurides ja surnud koes. Kuumuse (üle 70° C), kuivuse, päikesekiirte ja desinfitseerimisvahendite toimel hävib ta võrdlemisi kiiresti, soodsas niiskuses aga võib ta eluvõimelisena püsida mitmeid päevi. Väljalõigatud värskes süüfilishaavandis on kahkjad spirohheedid eluvõimelised $3\frac{1}{2}$ päeva ja põhjustavad siis veel kodujänestele poogitult viimaste nakatumist. Juurdetulev mädanemisprotsess hävitab nad aga 24 tunniga. Toas soodsas niiskuses seisnud materjalis on kahkjad spirohheedid eluvõimelised 1—2 päeva; kuigi liikumisvõime kaob juba varem, ei tähenda see veel iga kord kahkja spirohheedi surma. Kuivamise tagajärjel sureb ta õhuhapniku kaasabil kiiresti. Kuivas, ilma õhuta klaastorus 4 päeva seisnud kahkjad spirohheedid, kui neid poogiti nahasse, püsisid seal liikuvaina 67 päeva, kuigi nad ei põhjustanud nahas mingit reaktsiooninähtu. Sellest võib järeldada, et nõrgestatud kahkjad spirohheedid ei suuda nakkuskohal tekitada süfiliitilist esmashaavandit, kuid organismi mahladesse ja verre sattudes võivad nad siiski põhjustada üldhaigestumist, mis nähtu on täheldatud eriti naistel.

Külmale on kahkjad spirohheedid vastupidavamad kui kuumusele. Mõned uurijad arvasid, et temperatuuris -10° C spirohheedid surevad 3 tunni vältel, kuid Kadisch leidis koospirohheetidega katsetades, et need olid 16° -se külma käes eluvõimelised veel 3 kuu pärast. Sedasama leidis Kissmeyer, katsetades spirohheetide kultuuridega. Kodujäneste väljalõigatud ja jääkapis hoitud süfiliiti-

listes munandite tükikestes säilis spirohheetide aktiivne liikumine 2 kuud. Jääkapis hoidmise järel näib spirohheetide nakatusvõime kaduvat varem kui liikumisvõime.

Grigorjev leidis surnult ilmaletunud ja 2 ööd-päeva jääkeldris hoitud süüfilishaige lapse maksakoe mahlas veel liikuvaid, tüüpilisi kahkjaid spirohheete; selle maksa tükikeste pookimisel kodujänes-tele nakatusid need süüfilisse. Kümnete viisi on teada juhtumeid, kus arstlik personaal nakatus laipade lahkamisel isegi 4 päeva külmas hoitud koolnuilt.

Ammugi vaieldakse küsimuse üle, miks süüfilis ühtedel põhjustab nähte ainult nahal, teistel aga haigestuvad siseelundid või kesknärvisüsteem. Peaaegu reeglipäraselt puuduvad närvisüsteemi süüfilisega haigetel haigusnähud nahal või need on minimaalsed, harvad ja nõrgad. Sellest oletatakse, et kahkjal spirohheelil on mitu erisugust tüve: dermatotroopne, mis põhjustab haigusnähte ainult nahas, neurotroopne — ainult närvisüsteemis, ja organotroopne — ainult siseelundeis. See tähendab, et süüfilise hilisemad nähud sõltuvad sellest, millise spirohheeli tüvega on keegi nakatatud. See küsimus pole veel lõplikult lahendatud, kuid näib, et ta on oma aja üle elanud, samuti kui vaade, mis seletas eeltoodud nähte spirohheetide virulentsi mitmekesisuse või kõikumistega. Nüüd seletatakse neid nähte elundite (ka nahk on iseseisev elund) dispositsiooniga ja reaktsioonivõimega, mis on inimestel ebahütlane ja väga mitmekesine.

Kergesti ja üsna nõrgas vesilahuses hävitavad spirohheete teatud keemilised vahendid: sublimaat (1:200 000), saponiin (1:5000), trikresool (1:500), fenool (1:200), samuti piiritus ja teised desinfektsioonivahendid.

Eksperimentaalsele süüfilisele panid kindla aluse Metsnikov ja Roux 1903. aastal, mil neil õnnestus süüfilise külgepookimine kahele kõrgemat liiki inimahvile. Hiljem õnnestusid pookimised ka alamat liiki ahvidele ja 1906. aastal ka kodujänes-tele (Bertarelli). Süüfilise nakatusaine (viiruse) pookimisel kodujänes-tele silma eeskambrisse saavutatakse mitte ainult silma, vaid ka üldhaigestumist süüfilisse naha ja limanaha löövetele, närvisüsteemi ja küün- te haigestumise ning karvade väljakukkumise kujul. Haigestunud kodujänes-tele silma sarvkesta või munandite tükikeste edasipookimine teiste, tervetele kodujänes-tele, lammastele ja kitsedele põhjustab ka nende nakatumist süüfilisse. Süüfilisviiruse pookimine otseselt verre või mahlanäärmetesse põhjustab üldhaigestumist ilma esmas-

haavandi ehk kõva šankri tekkimiseta pookimiskohal. Üldhaigestumise tagajärjel suurenenud mahlanäärmete pookimine tervetele kodujänestele põhjustab viimastel tüüpilise spirohheete sisaldava esmashaavandi tekkimist. Mõnedel poogitud kodujänestel ei teki väliseid süüfilise nähte, kuid ometi osutuvad nad spirohheetide kandjaks ja haiguse edasiandjaks, sest nende näärmete või siseelundite tükikeste pookimisel tervetele loomadele haigestuvad ka viimased. Süüfilishaiged kodujänesed annavad oma haiguse edasi ka järglastele, mida tõendab asjaolu, et järglaste maksa ja põrna tükikeste pookimine tervetele kodujänestele põhjustab pookekoha spirohheete sisaldavate tüüpiliste esmashaavandite tekkimist.

Loomadel tuleb süüfilist lugeda üldorganismi haiguseks juba nakkuse esimeses perioodis, s. t. esmashaavandi ajal, sest pookimiskatsetel on selgunud, et kähkjad spirohheedid võivad paiksetesse näärmetesse sattuda juba 24—48 tunni, isegi 5 minuti pärast. Säärase nähtuse esinemist loetakse võimalikuks ka inimestel.

III. Süüfilisse nakatumine ja selle viisid.

Juba suure süüfilisepideemia lahtipuhkemisel XV sajandi lõpul otsiti ning uuriti inimese haigestumise põhjusi. Et veel midagi ei teatud haigusi tekitavaist pisikuist, seoti haigestumist fantastiliste teooriatega, mitmesuguste loodusnähtustega, ebakorrapärasustega planeetide liikumises, õela silma ärakaemisega, nõidumisega jne. Arvati ka, et haigestuda võib koduloomadelt, kaladelt ja ahvidelt. Sama hispaania arst Diaz de Isla, kes esimesena arstis Kolumbuse madruseid, kirjutas süüfilise „mürgist“, et see võib nakatada mitte ainult inimesi, vaid ka taimi, sest tema kodulinnas Andalusias katnutud kiiresti mädapaisetega need kapsapead aedades, mida kasteti veega, kus oli pestud süüfilishaigete pesu. Kui siis nähti, et haigestusid peamiselt haigetega lähemalt kokku puutunud inimesed kas ühises kooselus, haigete eest hoolitsemisel või teisiti, hakati haigeid kartma ja neist eemale hoiduma. Loobuti mitte ainult käeandmisest, vaid ka ühises ruumis viibimisest, kartes nakatumist isegi õhu kaudu.

Kui hiljem selgus, et nakatatakse peamiselt suguühtel, siis hakati oma haigust hängenema ja varjama, mis aina soodustas haiguse levimist mittesugulisel teel.

Katsetades enestega ja selleks vabatahtlikult nõustunud inimestega, veendusid arstid (peamiselt XVIII ja XIX sajandil), et süüfilisse nakatutakse vaid siis, kui pisemgi hulk haige verd või haavade eritist satub terve inimese vigastatud nahale või limanahale.

Nüüd teame, et süüfilisse haigestutakse ainult siis, kui kahkjast spirohheet satub organismi mahlateedesse või verre. Nakatumine toimub naha ja limanaha väiksemagi, silmale nähtamatu vigastuse või kriimustuse kaudu, kuna terve nahk süüfilise tekitajat läbi ei lase. Seepärast on arusaadav, et paljudki inimesed, kes lähedalt on kokku puutunud süüfilishaigetega, jäävad ometi terveks, kuigi ohutumatu (immuunne) pole süüfilise vastu keegi. Viimase aja uurimised tõestavad küll, et kahkjast spirohheet võib organismi pääseda ka läbi vigastamata limanaha, jäädes siis pesitsema mahlanäärmetesse või verre ja põhjustades alles hiljem, isegi aastate pärast, süüfilise hilisemaid haigusnähte. Säärasel nakatumisel ei teki süüfilist esmashaavandit, mis nähtust loeti varem süüfilisse haigestumisel võimatuks.

Samuti on selgunud, et süüfilishaiged võivad kahkjaid spirohheete eritada läbi normaalse, s. t. vigastamata limanaha, sest naistel, kel puuduvad igasugused välised süüfilisnähud, on korduvalt leitud näilikult kõigiti terve emakakaela limast eluvõimelisi, liikuvaid spirohheete.

Nakatumine süüfilisse toimub peamiselt suguühtel, kusjuures haiguse edasiandjal ei tarvitse alati esinedagi nähtavaid haigustunnuseid. Nakatus on seda kindlam, mida värskem ja vähem ravitud on edasiandja süüfilis. Varem arvati, et süüfilisse nakatunud haige võib teistele haigust edasi anda alles peale seda, kui tal on tekkinud kõva paise, s. t. keskmiselt kolmandal nädalal pärast enese nakatumist, kuid nüüd on selgunud, et haigus võib nakkav olla juba 1.—2. nädalal ja enne esmashaavandi teket.

Peamiseks süüfilise levitajaiks on prostiitueerivad naised, sest neist enamik haigestub ise juba esimestel kõlblusvastase elu aastail. Süüfilist levitavad ka need vastutustundeta isikud, kes katkestavad ravi enneaegselt või teostavad suguühet enne arstilt vastava loa saamist. Süütud süüfilise levitajad on need haiged, kes pole teadlikud oma süüfilisest, kas seepärast, et neil pole tekkinud kõva šankrit (spirohheetide otsesel verre sattumisel), või nad ei näinud seda selle asetsemisel suuõones, kurgus, tupes või emakakaelal.

Mittesugulisel teel nakatutakse süüfilisse intelligentse rahva seas 1—3% kõigist juhtudest, lihtrahva seas aga tiheda koos-

elu, mustuse, ebatervishoiulise olukorra ning eluviisi ja võhkluse tõttu mitu korda sagedamini. Nakatumine toimub seejuures kas otseselt või kaudselt.

Otsene nakatumine toimub inimeselt inimesele suudlemise, süüfilise tekitajatega määrdundu käte, keelega teisel silmast puru väljavõtmise, süüfilishaige haavandi, amme, ämmaemanda jne. kaudu. Otseselt annab haige ema süüfilise edasi ka lootele kaasasündinud ehk sünnipärase süüfilise puhul ja haige imik tervele ammele rinnaga toitmisel. Seni kui kaasasündinud süüfilisega lapsel on väliseid haigusnähte, võivad temast otseselt nakatuda ka tema eest hoolitsejad, mänguseltsilised ja teised. Süüfilisse võib haigestuda ka vere siirdniristusel vere vastuvõtja ja isegi siis, kui süüfilist põdeval vereandjal on vastav vereproov (Wassermann'i reaktsioon = WaR) negatiivne. Sagedaimaks põhjuseks mittesugulisel nakatumisel on siiski suudlemine.

Otseseks nakkusallikaks võivad olla süüfilise kõigi järkude nähud, sest nad kõik sisaldavad suuremal või vähemal arvil kahkjaid spirohheete. Viimaseid leidub mitte ainult haigete veres ja varajastes haavandites, vaid ka süüfilise kolmanda järgu nähtudes — gummades ja kõprudes, kuigi hilistes nähtudes palju vähem kui varajastes. Värske süüfilishaige veri on nakkav juba esimesil nädalail, s. t. ammu enne, kui WaR on muutunud positiivseks, ja mõnikord isegi enne esmashaavandi teket, millal haigel pole veel aimugi, et ta on süüfilises. Ravi toimetel kaovad spirohheedid verest võrdlemisi varakult, kuid ka hilissüfiliitikutete veri võib aeg-ajalt nakkav olla, kui organismi varjatud ehk latentseis koldeis aastaid püsinud spirohheedid sealt verre siirduvad. Nakatuda võib ka kaasasündinud süüfilisega vastsündinu pisaratest, sest tema pisarakotid sisaldavad alati eluvõimelisi kahkjaid spirohheete. Nelja kuni viie aasta järel võib kaasasündinud süüfilist võrdseks pidada kolmandase või latentse täiskasvanute süüfilisega ja teda praktiliselt arvata mittenakkavaks, muidugi haiguse välisnähtude puudumisel.

Higi, kusi, sülg, pisarad (välja arvatud süüfilishaige vastsündinu omad), mehe seemneniidid (spermiumid) ja naise rinnapiim ei sisalda kahkjaid spirohheete, kui nende eritusteedel ei leidu süfiliitilisi, spirohheete sisaldavaid haavandeid. Kuigi rinnapiim kahkjale spirohheedile kahjulikku toimet ei avalda, pole neid selles kunagi leitud. Küll võib rinnapiim nakkav olla siis, kui kahkjad spirohheedid sinna sattusid juhuslikult või süfiliitilise nisahaiguse (*masti-*

tis syphilitica) tõttu. On teada juhtum, kus laps veristas oma põlve ja keegi võõras daam kleepis sinna oma süljega plaastri. Lapsel tekkisid 4 nädala pärast värske süüfilise nähud. Võõral naisel pidid olema süüfilishaavandid suus, mistõttu ta sülg sisaldas kahkjaid spirohheete.

Kaudne nakatumine toimub esemete kaudu, mida on kasutanud haavanditega süüfilishaige, nagu söögi- ja jooginõud, noad, kahvlid, lusikad, lapselutid, pesu, riided, kammid, käterätid, saunatuustid, haavasidemed, habemenuga, hambahari, huulepulk, klistiiri- ja loputuskann, vann, klosetipink jne. Süüfilisse nakatumine võib toimuda ka suust suhu söötmisel, ühise õuna jne. hammustamisel ja kõigi esemete kaudu, mis töö juures või muidu käivad haige suust terve suhu, nagu niidid, nõelad, piibud, paberossid, nende pitsid, õllekannud, joogipudelid, muusika- ja klaasipuhumistriistad jne. Kaudne nakatumine võib aset leida ka pühakujude suudlemisel ja aadrilaskmise riistadelt. Esemete kaudu nakatumist esineb suhteliselt siiski harva, sest kahkja spirohheedi eluvõime on väljaspool inimorganismi võrdlemisi nõrk. Kuivuse tagajärjel surevad spirohheedid kiiresti, kuid soodsas niiskuses püsivad nad eluvõimelistena mitu päeva. Arstiriistadelt on mõnikord nakatunud arstid ja hambaarstid.

Habemeajaja juures võib nakatuda niiskelt, spirohheetidega määrdundu puuderdamisvatilt ja kuivatamiseks tarvitatavalt niiskelt rätikult, kuna seebivaht ja maarjajää hävitavad spirohheedid kohe. Kergelt niiske puudritopp sisaldab elavaid spirohheete $\frac{1}{2}$ tunni vältel. Niiskel rätikul on eluvõimelisi spirohheete leitud veel 11 tunni pärast. Nakatumiseks on tarvilik habemenoaga sisselõikamine või naha kriimustamine. Sööklas võib nakatuda määrdundu suurätilt, kui sellega pühitakse huuli.

Kaudseks nakatumiseks võib arvata ka seda, kui terve inimene on vahetalitajaks süüfilise edasiandmisel. Nii võib amm, imetades süüfilishaiget last ja seejärel tervet last, viimasele edasi anda haigelt lapselt süljega tema nisa külge jäänud spirohheete ja seejuures ise terveks jääda. Naine, kel oli suguühne süfiliitikuga ja varsti pärast seda terve mehega, võib viimasele edasi anda esimesest tuppe jäänud spirohheedid ja ise mitte nakatuda. Vanasti anti süüfilist edasi ka rõugelimaga, kui seda veel võeti rõugehaigelt ja sel oli varjatud süüfilis, mõnikord ka arsti- ja hambaarstimisriistadega.

Süüfilisse nakatumine ei toimu õhu kaudu.

IV. Süüfilise jagamine järkudesse ja tema üldkulgemine.

Süüfilis jagatakse selle järgi, kuidas esinevad või kulgevad tema haigusnähud, nelja (mõned ka kolme) järku. See järkudesse jagamine on iseenesest kunstlik, sest kõigi haigusnähtude põhjustajaks on ühed ja samad kahkjad spirohheedid; üksikute järkude aluseks võetud haigusnähud ei teki ka alati korrapäraselt üksteise järel, vaid esinevad mõnikord üheskoos. Nii esinevad 3—5% kõigist juhtudest haiguse II ja III järgu nähud üheaegselt kõrvuti, kuna I ja II järgu nähud esinevad koos üsna sageli. Ka ei järgne haigusjärgud alati otseselt üksteisele, vaid võimalikud on mitmesugused üleminekukujud, nagu näiteks III järgu nähtude tekkimine juba süüfilise esimestel kuudel (nn. varajane „hiline“ süüfilis) või II järgu löövete ilmumine alles aastate ning aastakümnete pärast (hiline „varajane“ süüfilis), kuigi seda juhtub üldiselt harva.

Harva järgnevad ka kolmandase süüfilise nähud otseselt, ilma vahepealse ajavahemikuta (nn. peiteajata) teisese süüfilise nähtudele, vaid enamasti pärast lühemat või pikemat aega kestvat peiteaega. Ka ei tarvitse ühel haigel esineda kõigi süüfilise järkude tunnuseid, sest haiguse arenemine jääb mõnikord iseenesest peatuma juba I järgus ja varajane ravi hoiab reeglipäraselt ära edasiste nähtude tekkimise. Ka ravi alustamisel hiljem, haiguse II järgus, saab ära hoida III ja IV järgu nähtude tekkimist.

Eeltoodust selgub, et ka ajalisel on võimatu tõmmata teravat piirjoont üksikute süüfilise järkude vahele.

Süüfilise kulgemise jagamine järkudesse on aga möödapääsematult vajalik haigusest paremaks arusaamiseks ja eriti tema otsarbekaks ravimiseks, sest süüfilise kõigi nähtude ravi pole ühesugune, vaid mõnes suhtes vägagi erinev.

1. Süüfilise I järk ehk esmane süüfilis

(*lues I seu primaria*).

Süüfilise esmane järk algab haiguse saamise ehk nakatumise momendist ja areneb ehk kulgeb järgmiselt:

Spirohheedi sissepääsu kohale nahapinnal tekib tavaliselt 1—7 nädala jooksul, enamasti 3. nädala lõpul läätseterasuurune ümmarik või ovaalne, teravalt piiratud roosakaspunane tähnike. 2—3 päeva

jooksul tõuseb ta ümbritsevast kohast natuke kõrgemale ja muutub sõlmeks, mis on mõnikord kaetud õrna kestaga ja ei sügele ega valuta. Järgnevatel päevadel muutub see sõlmeke kleepuvat, selget nõret eritavaks pindmiseks haavandiks, mille kuju, suurus ja kõvadus on mitmesugune, sõltuvalt koha või koe omadusist, kus ta tekkis. See on esmashaavand ehk primaarafekt, mida nimetatakse ka esmaseks skleroosiks, esmaseks süfiloomiks, kõvaks šankriks ja kõvaks paيسةks (*ulcus durum*) (vt. tahvel I, pilt 1, ja tahvel II).

Aega süüfilisse nakatumise momendist kuni esmase skleroositekkeni nimetatakse süüfilise esimeseks lõimetus- ehk inkubatsiooniajaks.

Kõva šanker on roosat või hallikat värvust, tema servad on enamasti, kuid mitte alati kõvad, siledad; haavandi põhi on kasinalt nõretav, punane, sile, tasane, kõva ning läikiv, just kui lakiga üle tõmmatud. Nõres leidub mikroskoobilisel uuringul rohkel arvul kahkjaid spirohheete.

Kõva šanker ei tekita valu ja annab end tunda vaid siis, kui ta asetseb kusetorus või pärasooles või kui temaga kaasub meestel eesnahapõletik ja naistel häbememokkade turse. Limanahal kattub kõva šanker valkja naastuga, suguti tüvel, kusetoru avausel, karvadega kaetud kehaosadel ja limanaha ülemineku kohal nahaks sageli korbaga.

Päraku piirkonnas, pärasooles, suunurkades, keelel ja sõrmede vahel on süfiliitiline esmashaavand enamasti lõhekujuline. Suguti lukil ja eesnahal on ta harilikult pindmine, ilma sõlmetaolise kõvaduseta, mispärast haiged teda sageli peavad lihtsaks ärahõõrdumiseks ega pööra talle suuremat tähelepanu. Haavandi asetsemist kusetorus võib maskeerida samaaegne tripper ja tema asetsemist pärasooles — samaaegsed verikomud (hemorroidid). Emakakaelal ja tupes asetsemisel jääb ta haigele nähtamatuks, välissuguelunditel põhjustab ta sageli suurte ja väikeste häbememokkade laialdast turset (*oedema indurativum*), nagu meeste munandikotilgi. Ninal, põskedel ja turjal asetsevat esmashaavandit ümbritseb mõnikord laialdane naharoositaoline punetus, mis sõltub mahlasoonte haigestumisest.

Kõva šanker võib tekkida ka kurgumandlile — eriti nakatumisel suudlemisest. Seejuures on just süüfilisele iseloomustav põletikunähtude, paistetuse ja valu vähesus, samuti ka asjaolu, et kõva paise asetseb peaaegu alati vaid ühel mandlil. Ebatüüpilistel, har-

vadel juhtudel võib mandel olla ka tugevas paistetuses ja põletikus ning põhjustada suuremat või vähemat valu neelamisel ning kehatemperatuuri mõõdukat tõusu, simuleerides harilikku angiini. Kõva šanker võib asetseda ka välise kõrvakäigu sügavuses, mis põhjustab väikest valu kõrvas ja verise vedeliku eritumist. Säärasel korral on nakkus kõrva viidud selle urgitsemisel spirohheetidega määratud esemega või vatiga.

Meeste suguti eesnaha all meenutab kõva šanker eesnaha põletikku ehk balaniti. Sõrmedel simuleerib ta ummet ehk panariitsiumi ja küünevalli põletikku.

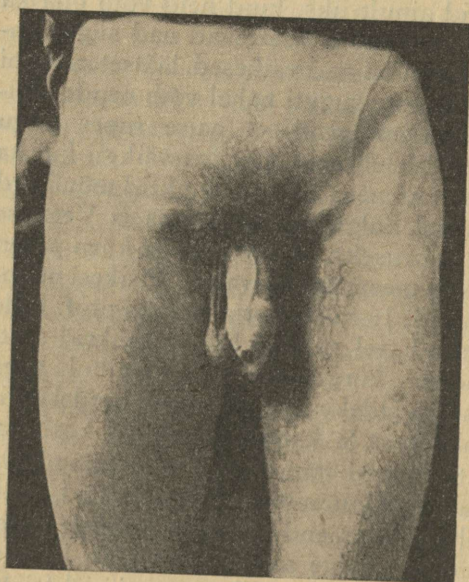
Tavaliselt on kõvu šankreid ainult üks, kuid neid võib olla ka mitu, isegi üle kümne. Suures enamikus asetsevad nad suguelunditel ja nende ümbruses. Enamasti on nad väikesed, läätsetera kuni herne suurused, kuid kõhu ja meeste suguti nahal võib nende läbimõõt olla 2—3 sentimeetrit. Varem arvati, et naise tupes kõvu šankreid ei asetse, kuid ka seal leidub neid, niihästi väikesi kui ka suuri (1—3 cm). Hiiglasuureks arenevad kõvad šankrid mõnikord päraku ümbruses, reite sisemistel külgedel, kubemetes ja Veenuse kingul, viimasel isegi peopesa suuruseks. Öunasuurust kõva paiset on nähtud isegi lõua otsas, kus ta meenutas kasvajat. Pisikesi nõõpnõelapeasuurusi esmashaavandeid, 16 tükki korraga, nägi prof. Rille naisterahva nisal. Mittesugulisel teel saadud kõvad šankrid asetsevad enamasti huulel, suuõõnes, kurgumandlil, rinnanibul, väga harva igemel, silmanurgas ja silma sidekestal. Alumisel huulel tekitab kõva šanker laialdast paistetust ja kattub mõnikord korbaga.

Paranedes, olgu iseenesest või ravi toimetel, ei jäta tavaline kõva šanker armi. Küll paranevad armistumisega hiigelšankrid, eriti Veenuse kingul ja suguti seljal, jättes endi asemele teravalt piiratud, pruunilt värvistunud äärisega valge armi. Arm jääb ka siis, kui kõvas šankris tekkis mädanemine seganakkuse tagajärjel teiste, eriti pehme šankri pisikutega. Säärasel korral muutub kõva paise ebatüüpiliseks, sest juurde tulevad valu, põletikunähud, mädanik ja koelagunemine, mis võivad paise kuju tundmatuseni muuta. Säärased „segašankrid“ (*ulcus mixtum*), kus ühel haigel on korraga üks või mitu süüfilise ja ka pehme šankri paiset, või kus mõlemate haiguste pisikud pesitsevad ühes ja samas paises, esinesid võrdlemisi sageli vanasti. Seepärast toonitavadki mõned hilissüüfilise nähtudega haiged, et nad on minevikus põdenud vaid pehmet šankrit. Aga pehme šankri paiselega võivad hiljem, nädalate pärast, seltsida kahkjad spirohheedid ja pehmesse šankrisse võib nakatuda hiljem,

samaaegselt süüfilise kõva paise tekkimisega. Ka võib kõva šanker tekkida pehmest šankrist järelejäänud armil.

Enamasti püsib kõva šanker kuni süüfilise üldnähtude ilmumiseni, tähendab 3—4 nädalat, kuid ta võib paraneda ka mõne päevaga. Ravi toimel kaob kõva šanker umbes nädala vältel. Sageli jääb kõva paise asemele mõneks nädalaks, kuuks või isegi aastaks tumepruun laik.

Umbes üheks nädalaks jääb kõva paise ainsaks süüfilise tunnuseks ja Wassermanni vereproov tema olemasolu siis veel ei tõesta.



2. joon. Mõlemapoolne süfiliitiline kubemenäärmete tursumine.

Seejärel aga suurenevad alati paiksed mahlateed ja mahlanäärmed (*lymphadenitis syphilitica*). Mahlanäärmete suurenemine ei teostu enne kuuendat päeva peale kõva paise teket, vaid see leiab aset keskmiselt 8.—10. päeval, kui nakkusest on tavaliselt möödunud juba 4—6 nädalat. Komplementis on tunda mitut suurenenud mahlasõlme, üks tunduvalt teisest suurem, oatera kuni kanamuna suurune. Sõlmed on kõvad, liikuvad, algul veidi valulikud, hiljem valuta. Nad on põletiku tunnusteta ega kaldu mädanema, mis on iseloomustav süüfilisele. Neid ei tohi siiski vahetada vanemal inimesil, raske kehalise töö tegijail ja mõnede teiste nakkushaiguste tagajärjel tekkiva valutü mahlanäärmete suurenemisega.

Asetseb kõva paise suguelundil või selle piirkonnas, siis suurenevad mõlemapoolsed kubemenäärmed, enne haavandi poolel ja hiljem ning vähemal määral ka teisel poolel. Neid nimetatakse süfiliitilisteks buboonideks. Haavandi asetsemisel suuõõnes suurenevad lõualuualused näärmed.

Suurenenud mahlanäärmeis ja mahlateedes rikkalikult asetsevad kakkjad spirohheedid siirduvad varsti vereringesse ja kanduvad niiviisi laiali kogu kehasse, mida nüüd tõestab ka Wassermanni vereproovi positiivne tulemus. Nakkusest on siis tavaliselt möödunud 5—7 nädalat ja haavandi tekkest 2—4 nädalat. Järgnevail nädalail haigestuvad mahlanäärmete grupid ka teistel kehaosadel — kuklal, küünarnukkidel, kõrva taga —, enamasti ühel ajal värske süüfilise üldise lööbega ja vähemal määral kui esmane buboon (*polyadenitis syphilitica*). Seega on süüfilis vallutanud kogu organismi, ta on generaliseerunud ja muutunud üld- ehk konstitutsionaalseks haiguseks. Haige, kes pole seni arsti poole pöördunud, on teistele nakkav olnud keskmiselt 1½ kuud ja on võinud haigust edasi anda. Oma ümbruskonnale on ta ohtlikuks nakkusallikaks olnud ka siis, kui ta hoidus suguühetest. (Tänapäeval loevad mõned teadlased süüfilist üldhaiguseks juba mõne tunni, hiljemalt mõne päeva järel pärast nakatumist. Kindel on, et kakkjad spirohheedid asetsevad igal pool organismis juba ammu enne teise järgu kliiniliste nähtude ilmumist.)

Mõned päevad enne roseoolide löövet (ja selle alguses) tunnevad paljud haiged üldist roidumust, isu- ja unepuudust, vahel ka „hundi isu“, peapööritust, „reumaatilisi valusid“ mitmes kehaosas ja kannatavad sageli tugevate peavalude all, eriti õhtul ning öösel. Mõnikord on ka väike palavik, harva kõrge (39—40°). Haigestuvad tavaliselt kergelt ja ravimisel ruttu mööduvalt luud ja luuümbri- siseelundid, peamiselt maks (kollatõbi), neerud (valkkuse- sus), samuti silmad, kõrvad, närvid, ajukestad; põrn suureneb, tekib kehveresus. Kõige sagedamini ilmuvad nähud siiski nahal ja limanahkadel, kus spirohheedid lādestuvad kindlasti juba enne löövet. Neid nähte nimetatakse *prodromaalseteks* nähtudeks.

Aega süüfilise esmase skleroosi tekkimise momendist kuni üld- löövete (roseoolide, paapulite) tekkimise momendini nimetatakse süüfilise *teiseks löömetuse* - ehk *inkubatsioonija* *ks*, mis vältab keskmiselt 6 nädalat (mõnikord ka 2—3 kuud).

Teise inkubatsiooniaja etappideks on kõva šanker, ka- saskäiv buboon, positiivne Wassermanni reaktsioon, poliadeniit (mahlanäärmete suurenemine) ja üldtervise häired (*prodromaalsed* nähud).

See teine löömetuse ajavahemik jagatakse vastava vereproovi (Wassermanni reaktsiooni = WaR) tulemuste järgi pooleks:

1) 3-nädalane (keskmiselt) ajavahemik — esmase skleroosi tekkest kuni Wassermanni reaktsiooni positiivseks muutumiseni — süüfilise esimese järgu seronegatiivne periood (*syphilis I seronegativa*) ja 2) 3-nädalane (keskmiselt) ajavahemik — Wassermanni reaktsiooni positiivseks muutumise momendist kuni löövetekkimiseni — esmase süüfilise seropositiivne periood (*syphilis I seropositiva*).

Süüfilise teine inkubatsiooniaeg lõpeb roseoolide ja paapulite lööbe momendiga ja sellest momendist lõpeb ka süüfilise esmane järk, mille keskmine vältus on 9 nädalat.

Võib arvata, et teise järgu löövetekkimisega lõpeb ka spirohheetide külv ehk laalilagunemine organismis. Nad on verest koesse siirdunud, enesele nii-ütelda kindla asukoha leidnud, endid koes „ankrusse pannud“. Kõiki hilisemaid süüfilisnähte võib seletada idu kasvamisega koes, sest tänapäeval arvatakse, et spirohheetide hematogeenne (vere teel toimuv) külv leiab aset ainult üks kord ja seda nimelt esmase järgu vältel. Sellest järgnevalt on juba sel ajal süfiliitiku edaspidine saatus kindlaks määratud ja kõik sõltub ainult sellest, kus ehk millises elundis spirohheedid oma peamise pesitsemis- ning sigimispäiga leidsid, s. t. milline elund oli neile vastuvõetavaim (elundidispositsioon). Seejuures näitavad ühe ning sama isiku üksikud elundid süüfilismürgi suhtes erinevat immuuniteedisundit, mispärast tuleb arvestada üksikute elundite vastupanuvõime mitmekesisust (ka nahk on iseseisev elund).

2. Süüfilise II järk ehk teisene süüfilis

(*lues II seu secundaria*).

Süüfilise teises järgus võivad haigusnähud tekkida igas elundis. Sõltuvalt üksikute elundite ja kogu organismi vastupanuvõimest, kulgeb teisene järk mitmesuguselt: ühtedel haigetel piirdub ta vaid kasinate ja kiiresti mööduvate nähtudega nahal, teistel on nahahnähud aga tugevad, rasked ning kauapüsivad; kolmandatel haigestuvad üksikud siseelundid või närvisüsteem. Üldorganism enamasti ei kannata, samuti ka haigete töövõime. Üldtervise häired sõltuvad ühe või teise siseelundi haigestumisest, aga nad pole teises järgus rasked.

Süüfilise teise järgu värsked nähud on roseoolid ja paapulid, mis tekivad kehale tavaliselt 8.—12. nädalal pärast naka-

tumist süüfilisse ehk 4.—8. nädalal peale kõva šankri teket, ka varem ja hiljem (*syphilis II recens*). Nende löövete ja neile järgnevate haigustunnuste perioodi nimetataksegi süüfilise teiseks järguks. See haigusjärg võib ravimata juhtudel vältida aastaid (vähemalt kolm) ja aastakümneid, sest vahepeal kadunud haigusnähud (teise süüfilise latentne ehk peiteaeg — *syphilis II latens*) võivad puuduliku ravi korral aeg-ajalt taastekkida. Viimasel juhul on tegemist nn. retsiidivse teise süüfilisega (*syphilis II recidiva*) (vt. tahvel I, pilt 2).

Roseoolid (*roseola syphilitica* ehk *syphilis maculosa*). Nahal, eriti rinnal ja selle külgedel, kõhul, kubemetes ja käte paindekülgedel, harvemini seljal ja kaelal tekivad kõige sagedamini 40.—45. päeval peale kõva šankri teket läätse- kuni hernetera-suurused hele-roosad või sinakaspunakad ümmarikud ja ka ebamääraste kontuuridega tähnikesed — roseoolid, mis ei valuta, sügele ega kestenda. Nad ei ulatu nahapinnast kõrgemale. Näpuga neile vajutamisel kaovad nad mõneks momendiks enam-vähem ära. Neis pesitsevad kahkjad spirohheedid. Kaelal on roseoolid vaevalt nähtavad, kuna näole ja käerandmeile neid tavaliselt ei teki. Vahel esinevad roseoolid ka nõgeslööbe-taolisena ja suurekujuliselt, kus laigud on kuni 10-pennise raha suurused.

Roseoolid asetsevad kas üksikult või tihedalt üksteise kõrval, levides viimasel juhul isegi näole. Mõnikord on nahapind nendega üleni kaetud. Nad võivad omavahel liituda ja nii tekitada laialdasi erütematoosseid laike (*roseola confluens*). Edaspidi katab nende lööve kehapinda sümmeetriliselt. Kaelal ja harvemini kerel leidub mõnikord vaid võrgutaoline pigmentatsioon (värvistunud süfiliidid). Roseoolid ilmuvad enamasti järsku, harva pikkamisi, ja kaovad tavaliselt 1—3 nädalaga iseenesest, muutudes aeglaselt kahvatumaks. Erandjuhtudel võivad nad püsida ka 2—3 kuud. Mõnikord püsivad nad vaid mõne tunni, ilmudes järsku öösel ja kadudes hommikuks, nii et haige neid ei märkagi. Ravimine kaotab nad mõne päevaga, muidugi mitte veel süüfilist ennast. Kadudes ei jäta roseoolid arme.

Peanahal jäävad roseoolid haigele tähelepanematuks. Nende olemasolu tunnuseks seal on vaid juuste väljalangemine rohkearvuliste väikeste, ühetaoliselt jagatud pesakeste kujul, nii et juustest hõredaks jäänud peanahk näeb välja, nagu oleksid seal tegutsenud

koid (*alopecia areolaris syphilitica*) (vt. tahvel II). Nahk on paljastunud kohtadel normaalne. See juuste väljalangemine võib alata juba enne roseoolide ilmumist, enamasti algab ta siiski nende tekke ajal, harvemini esimese haigusaasta lõpul ja ka teisel haigusaastal; alati see ei tekigi. Mõnikord nähtub aga üldine juuskatte hõredamaks muutumine kogu peanahal, mis sarnaneb teiste nakkushaiguste järel tekkinud juuste väljalangemisega. Süüfilise tõestamiseks säärasel korral on muidugi vajalikud veel teised samaaegsed haigusnähud ja vereproov. Mõnikord kukuvad välja ka silmakulmude väliskülje karvad ja osa ripsmeid, mõnikord aga kõik karvad kogu kehalt ühes juustega.

Süüfilisest põhjustatud juuste väljalangemine on siiski ajutine ja kaob mõne kuuga, eriti ülldravi toimel, ja juuksed kasvavad uuesti endises tiheduses.

Huultel, suuõõne ja kurgu limanahal, eriti mandlitel ja pehmel kurgulael näeme samaaegselt roseoolidega nahal või isegi veidi enne seda sinakaspunaseid tähne, mis asetsevad ühel tasapinnal ümbritseva limanahaga ja sageli liituvad üksteisega, moodustades vöödi-taolisi kujutisi. Kõrvas võib tekkida limanaha põletik, mis põhjustab kõrvas kohisemist või kumisemist. Nina limanaha põletik põhjustab nohu (*rhinitis catarrhalis syphilitica*) ja alatisi kuivi koorikuid nina avaustes. Korbaga kattuvad ka ninaõõne erosioonid, millest haiged tunnevad halba lõhna (*kakosmia subjectiva*); seda aga ei tunne ümbritsejad isegi nuusutamisel.

Samaaegselt roseoolide lööbega nahale tekib kurgus süüfililine angiin (*angina erythematosa syphilitica*), millest kurk on vaid vähe valulik ja hääl kähisev. Angiin areneb sageli haigele tähelepanematult.

Kõik mainitud nähud limanahkadel ja roseoolid kaovad ravimisel varsti, tavaliselt 1—2 nädalaga, samuti kui kerged põletikulised muutused siseelundeis ja närvisüsteemis. Palavik kaob juba roseoolide lööbimisega.

Roseoolid, limanaha naastud ja suurenenud mahlanäärmete grupid (*polyadenitis syphilitica*) moodustavad prantsuse autorite järgi teise v ä r s k e süüfilise kolmiktuunuse; mõnikord aga puudub neist üks või teine. Roseoolid on süüfilise esimeseks tuunuseks siis, kui kähkjad spirohheedid satuvad otseselt verre. Vere kaudu nakatumisel on roseoolide tekkeaeg tavaliselt lühem. Esimesel, teisel haigusaastal, harva 5.—10. aastal võivad roseoolid puudulikult ravitud juhtudel uuesti ilmuda (*roseola recidiva*), sageli suurekuju-

liselt (1—3 cm läbimõõdus), ja seda korduvalt. Tavaliselt on retsidiivsete roseoolide arv väike. Mõnikord moodustavad nad ovaalse rõnga, poolkuu või ringi segmentide kuju, olles otstega omavahel ühendatud. Säärased roseoolid on nahapinnast õige veidi kõrgemad (*roseola circinata*). Sageli esinevad nad teisel-kolmandal haigusastal, kuid ka hiljem.

Paapulid (*syphilis papulosa*) (vt. tahvel I, pilt 3). Roseoolidega samaaegselt või varsti peale seda tekivad nahale ja limanahkadele **p a a p u l i d** — pruunikaspunased, vase värvust, ümmargused ja



3. joon. Kestendavad paapulid (kolleretid) peopesal.

lamedad, õrnalt kestendavad, mitte sügelevad ega valutavad, tervalt piiratud läätse- kuni hernetera-suurused nahapunded, mis koosnevad lümfotsüütidest ja plasmarakkudest. Nad võivad areneda roseoolidest, aga ka nende kõrval. Neid võib olla hõredalt, aga ka väga tihedalt. Sageli koonduvad nad ringidesse, moodustades nahal mitmekesiseid kujutisi. Otsmikul moodustavad nad mõnikord kroonitaolise ringi, mida nimetatakse **V e e n u s e p ä r j a k s** (*corona Veneris*). Vahel tekivad nad ainult üksikuile kehaosadele — kas jäsemete paindekülgedele, käerandmeile, peanahale, nina-, huulte vagudele, peopesadele või jalataldadele, asetsedes harilikult sümmeetriliselt (kolleretid); ka peopesal ja tallal ei põhjusta paapulid

sügelmist (*syphilis papulo-squamosa* ehk *psoriasis palmaris et plantaris syphilitica*) ja kattuvad mõnikord tugevate psoriaasitaoliste kestadega. Peopesalt võivad nad hiljem levida sõrmede paindekülgedele ja tekitada nahal valusaid lõhesid. *Psoriasis luetica* on visa paranema ja retsidiveerub sageli. Esineb peamiselt 2.—3. haigus-aastal, ka hiljem, ja mõnikord üksikult ühel peopesal või tallal (vt. tahvel I, pilt 5).

Paapulid võivad olla ka üsna pisikesed, näöpnöelapea suurused, eriti karvade ja juustenäapsude ümber (*lichen syphiliticus*), kuid mõnikord katavad need ka kogu nahapinda rohkearvuliste gruppidega, kestendades ja sügeldes. Paranedes jätab osa neist eneste asemele niisama pisikesi armikesi. Säärast löövet saadab tavaliselt palavik. See kuju esineb peamiselt alkoholikuil, kurtunuil ja tiisikushaigeil, olles süüfilise raskema iseloomu ja naha ning organismi vähese vastupanuvõime tunnuseks.

Paapulid võivad esineda ka vesivilikeste kujul (*herpes syphiliticus*), mis kiiresti kuivavad ja koorikukestega kattuvad.

Vahel on paapulid läbimõõdus 1—2 sentimeetrit ja rõngakuju-lised (*syphilis papulosa nummularis*), kestendades õrnalt ja jättes enestest mõneks ajaks järele tumedalt värvistunud laike. See kuju võib esineda üheaegselt roseoolide ja tavaliste paapulitega.

Paapulid võivad ühineda ka suurteks, peopesa-suurusteks plaaditaolisteks laikudeks, eriti päraku ja suguosade piirkonnas, kubemetes, kaenla ja rindade all (*syphilis en nappe*). Nende pind on tavaliselt sile, tasane, läikiv, nagu poleeritud.

Paapulid tekivad võrdlemisi pikkamisi, üksikult üksteise järel, kattes ravi puudumisel 2 nädalaga kogu kehapiinna. Nad võivad tekkida ka huulte, suuõõne ja kurgu limanahale, eriti mandlitele ja pehmele kurgulaele, kattudes seal hiljem hallikasvalge naastuga, mida ümbritseb punane ääris, ja tekitades kohati valulikke haavandeid ehk erosioone (*plaques muqueuses*).

Säärased rikkalikult spirohheete sisaldavad naastud asetsevad sageli naiste välissuguelundite, emakakaela ja pärasoole limanahal, kuna tupes ja silmakestal leidub neid vaid harva. Kurgus põhjustavad paapulid angiini (*angina syph. papulosa*) ja ultsereerudes haavandeid, mis muudavad neelamise valusaks. Suuõõne limanahal tekivad isoleeritud epiteeli paksenemised — leukoplaagid (*leukoplakia buccalis syph.*) (vt. tahvel I, pilt 4). Ninas raskendavad paapulid hingamist (*rhinitis papulosa*) ja mulgustavad ultsereerumise korral ninavaheseina (*septum*i) krõmpsлуу.

Oma rikkaliku spirohheetide-sisalduse pärast on limanaha paapulid väga nakkavad ja ümbruskonnale ohtlikud, eriti sageli esinevate retsidiivide tõttu, põhjustades juhuslikke haigestumisi perekondlikus ja muus kooselus. Limanaha sagedasel ärritamisel alkoholi ja nikotiiniga retsidiveeruvad nad sageli suus, vahel süüfilise ainsa välistunnusena, isegi 10—30 aastat pärast nakkust ja peale energilist üldravi ning pikaajalist latentset perioodi. Haigeile enesetele pole neil erilist tähtsust, sest nad tekitavad väikest valu vaid kuuma ja kuiva toidu tarvitamisel. Kui nad aga ultsereeruvad, siis on valu kaunis suur. Vastava ravi toimetel kaovad nad kiiresti.

Tavaliselt tekivad paapulid ravimata juhtudel 3.—4. kuul pärast nakkust, jäädes ainult harva hoopis ilmumata või kadudes nii kiirelt, et haige neid ei märka. Varajase raviga saab hoiduda nende tekkest, ja kui nad on juba tekkinud, siis kaovad nad üldravi toimetel tavaliselt paari nädalaga. Arme nad eneste asemele ei jäta.

Ravimata ja puudulikult ravitud juhtudel võivad paapulid paljude aastate pärast, enamasti siiski 1.—3. haigusaastal, taastekkida (retsidiivsed paapulid), ja seda korduvalt. Löövete taastekkimine lühemate või pikemate vaheaegade järel osutub teisele süüfilise reeglipäraseks nähuks. Kui nad on puudunud, siis pole neid enamikul juhtudest lihtsalt märgatud või pole neid ära tuntud. Lööbeid teeb paremini nähtavaks veretung nahasse soojuse toimetel. Löövete taastekete vahel ei tunne haiged tavaliselt teisi süüfilisest sõltuvaid tervisehäireid. Mõnda vaid vaevavad näriivad luuvalud koljul, mõõkluu ja roiete piirkonnas, sääre- ja rangluul, eriti öösi, samuti ka luuümbrise valud, mis kaovad üldravi teostamisel kiiresti. Luuümbrise põletiku puhul tekib luu kohale väike kasvaja-taoline paistetuse, mis on komplemisel väga valus, kuigi nahk sel kohal ei ole põletikus. See paistetuse võib imenduda (resorbeeruda) ja jäljetult kaduda, kuid ta võib ka luustuda ning luuga liituda üheks konarliku pinnaga kompaktselt massiks ehk luusõlmeks (*exostosis syphilitica*). Temas võib tekkida ka mädanik, mis puhul nahk lööb punetama ja valud suurenevad, kuna kahe eelmise lahendusviisi puhul valud järjekindlalt vähenevad. Lõpuks leiab mäda enesele väljapääsu läbi naha, sekvester eraldub terve luust ja haav kasvab kinni luuga liitunud armi abil.

Luupõletiku (*ostitis syph. secundaria*) puhul muutub luu urbseks ehk poroosseks, mille tagajärjel ta kergesti murdub tühistegi vigastuste toimetel (*fracturae spontaneae*). Põletikuline koht võib ka luul mädaselt laguneda, millal tekib abstsess. Siis vabaneb

haavand väga aeglaselt sekvestrist, jättes enese asemele luuga liitunud armi.

Süüfilise esimestel kuudel võivad esineda ka liigeste valud, paistetusega või ilma, eriti naistel, peamiselt põlve, labaluu või õla liigeses. Liigese paistetusega seltsib vedeliku kogunemine liigeseõõnsusse. Enamasti esineb paistetus üksikus liigeses, eriti mõõkja rangluu ühinemise kohal, kuid haigestuda võib palaviku saatel ka mitu liigest üksteise järel või korraga (*polyarthrits syphilitica*). See näht sarnaneb ägeda reumaga, ainult valu on nõrgem. Süfiliitilised liigeste paistetused paranevad spetsiifilise ravi toimel kiiresti, kuid nad võivad sageli korduda.

Süüfilise teises järgus esinevad ka lihaste valud (*myalgia*) ja kõõluste põletikud (*tendovaginitis crepitans* või *serosa*), mis ravi kiiresti kaotab; nad võivad igal ajal retsidiveeruda.

Üksikute küünte ümbruse nahale võivad tekkida paised (*paronychia syph.*). Harva lõhkevad küüned ja langevad ära ilma valutata. Üksikjuhtudel kaovad varbaküüned, ilma et haige seda märkaks.

Meeste munandid haigestuvad süüfilise varajasel perioodil harva, Munand suureneb aeglaselt ilma palavikuta ja valutata kuni kahekordseks, muutub kõvemaks ja raskeks (*orchitis syph. secundaria*), tekitades valu kubemes. Nahk ja seemnepõis protsessist osa ei võta. Kõik võib kaduda iseenesest, ilma ravita.

Munandimanused haigestuvad sagedamini, peamiselt süüfilise esimestel kuudel, ka ilma valutata ja palavikuta. Enamasti mõlemas munandimanuses tekib kõva, isegi pigistamisel peaaegu valutatu herne- kuni oasuurune sõlm. Seemnepõis ja munandikoti nahk püsivad seejuures muutusetu. Siis arenevad sõlmed tagasi ja kõik möödub jäljetult.

Naiste sisemiste suguelundite süüfilisel peatumel lähemalt peatükis „Suguelundite hilissüüfilis“.

Laiad kondüloomid (*condylomata lata*) kujutavad enestest liigsuurdunud, hüpertrofeerunud käsnaatolisi paapuleid, mis ulatuvad nahapinnast $\frac{1}{2}$ —2 cm kõrgemale ja ebapuhtail naistel muutuvad isegi kanamuna suuruseks. Peatselt matsereerub nende pind, eritades põletikulist nõret, mis sisaldab suurel arvul spirohheete. Seepärast on sääraseid niisked paapulid nakkuse suhtes väga ohtlikud. Hõõrumine soodustab nende teket niiskeil kehaosadel, päraku ümbruses, häbememokkadel, rippuvate rindade all, kaenlaalustes, suguti eesnahal ja munandikoti all, harva varvaste vahel, suunurka-

des, kõrvade taga. Päraku kõrval võib neid ära vahetada verikomudega (hemorroididega). Ultseerumisel ja sekundaarse mädanemisprotsessi juurdetulekul paranevad nad arme järele jättes, muidu ilma armideta.

Ka laiad kondüloomid võivad retsidiveeruda ja olla süüfilise ainsaks tunnuseks.

Mädavilline ehk pustuloosne süüfilis (*syphilis pustulosa*) on enamasti pahaloomuse süüfilise (*syphilis maligna*) varajane tunnus. See süüfilise raskemaid ja pahaloomusemaid kujusid esineb meil Eestis väga harva, olles miinimumini vähenenud ka mujal Euroopas. Keskajal oli ta aga süüfilise sagedamini esinevaks vormiks. Tema teket põhjustab organismi nõrk vastupanuvõime süüfilismürgile ja teda esineb peamiselt kurtunud isikuil ja alkoholikuil.

See haiguskuju esineb mädavistrikkude (*acne syphilitica*), tuulerõugete (*varicella syph.*), suurte, kuni mitu sentimeetrit paksude mädakoorikute (*impetigo syph.*), koeranaelataoliste valusate mädapaisete (*ecthyma syph.*) ja mitmekihiliste kobarlikkude paksude korpade (*rupia syph.*) kujul, mille all

pesitseb sügav mädanik. Esimesed kolm kuju esinevad sageli koos roseoolide ja paapulitega, viimased kaks kuju enamasti süüfilise esimestel aastatel. Haigusnähud asetsevad peamiselt karvadega kaetud kehaosadel, kuid ka näol, otsmikul, seljal ja jäsemetel. Vistrikuline ja mädakoorikuline kuju võib olla laialdane, kuid ektümad ja ruupiad esinevad harilikult üksikult või mõnekaupa. Mõnikord tekib kurgumandlil valus, näritud või lamedate servadega mäda-



4. joon. Laiad kondüloomid.

haavand (*angina syph. pustulosa*), mis muudab neelamise väga valusaks ja hääle kõlatuks. Vahel tekib difteeriaaoline kurgupõletik ja limanaha turse, mis nõuab trahheotoomiat. Mädanemisprotsess kurgus võib kiiresti hävitada kurgunibu ja suurema osa pehmest kurgulaest. Samaselt võib hävida ninavaheseina krõmpsluu täielikult, mille tagajärjel moonduv nina kuju (nn. „oinanina“). Haiguse kulg on krooniline, nähud püsivad nädalaid, hoolimata ravist. Haigetel on pikaldane palavik, mis neid veelgi kurnab, ja neil tekib kehvveresus. Nad kannatavad pealuude ja lihaste valu all ja raskemal juhtudel tekivad mädased haavandid limanahkadel ning luuümbrises, mis paranevad armistumisega. Eeltoodule lisanduvad mõnikord veel silma vikerkesta mädane põletik ja meestel munandi paistetust. Tähelepanuvääriv on asjaolu, et vastav vereproov (WaR) osutub sageli negatiivseks.

Leukoderma (*leucoderma syphiliticum*). Roseoolide ja paapulite kadumisel võivad kaela piirkonnas — kukla ja selle külgede nahal — tekkida läätsetera- kuni 10-pennise raha suurused limanahad või ovaalsed valged, ilma värvusega tähnid ja laigud, mis ei kestenda ega sügele. Seda nimetatakse *valgenahksuseks* ehk *leukodermaks*. Kaelalt võivad nad levida rinnale, seljale, õlgadele, mõnikord ka kaenlaalustele, küünarnukkidele, kõhule ja kubemetele. Neid tähne ja laike võib olla üksikuid, kuid ka mitusada. Nahk tähnide ning laikude ümber ja nende vahel on normaalsest värvusest tumedam, hüperpigmenteerunud, muidu aga näilikult normaalne. Tavaliselt tekib leukoderma 4.—6. kuul peale nakkust, harva aastate pärast, naistel kümme korda sagedamini kui meestel. Mõnikord kaob ta mõne kuuga, enamasti aga 2—3 ja rohke-magi aasta järel, püsides teisese latentse süüfilise kindla tunnusena. Seejuures on Wassermanni reaktsioon verega alati positiivne. Nii on leukoderma iseloomustavaks tunnuseks just värskele süüfilisele. Süüfilisevastane ravi teda otseselt ei kõrvalda. Leukoderma laseb oletada edaspidist kesknärvisüsteemi haigestumist. (Vt. tahvel II.)

Sageli ei panda leukodermat tähele või vahetatakse ta ära mõne nahahaigusega, eriti vitiliigoga. Ta tekib keskmiselt 10% haigetest ja tema tekkimises ei etenda päikesekiired, soojus, kehaosade katmatus ega ka aastaag mingit osa, nagu seda mõned ekslikult arvavad. Kui see ei toimu varem, võib juuste pesaline väljalangemine või juuskatte ühtlaselt hõredaks muutumine, harva ka kogu karvas-tiku kadu kehalt aset leida alles leukoderma perioodil.

Seega on roseoolid, mahlanäärmete suurenemised, paapulid, limanaha naastud, laiad kondüloomid, leukoderma, mädavillid ja luude, luuümbrise ning liigeste haigestumised varajase teise süüfilise tunnused (*syphilis II recens*, saksa keeles Früh-syphilis). Neid näeme ainult ravimata juhtudel, kuna varajase ravi puhul, kui sellega alatakse varsti peale kõva šankri teket, jäävad need nähud ilmumata. Kui nad esinevadki, kaovad nad aeglaselt ka iseenesest, ravi toimet aga tavaliselt 1—2 nädalaga, välja arvatud leukoderma ja mahlanäärmete suurenemine. Viimane ei taandarene kunagi täielikult, vaid ainult osaliselt.

Teise süüfilise latentne ehk peiteaeg

(*lues II latens*).

Süüfilise teise järgu väliste haigusnähtude kadumisega pole veel kadunud süüfilis ise, vaid ta on piltlikult öeldes peitu pugunud, jätkates ravi puudumisel või selle enneaegsel lõpetamisel oma hävitustööd organismi sisemuses. Haigus on muutunud peidetuks ehk latentseks ja sellisel kujul võib ta ravi puudumisel või selle puudulikkusel pesitseda kehas aastaid ja aastakümneid, kuni ta end jälle avaldab kas süüfilise teise järgu taaspuhkenud löövetega — retsiidiivsete roseoolide ning paapulite, luude, luuümbrise jne. haigestumise kujul (eelmainitud *lues II recidiva*), mis retsiidiivide arv ja sagedus on individuaalselt väga mitmesugune, või raske naha-, luude, soonte, südame ning teiste siseelundite ja närvisüsteemi haiguse kujul, mis tähistab juba süüfilise kolmanda järgu kätte jõudmist. Seda süüfilise vahepeal peidusoleku aega nimetatakse teise süüfilise latentseks ehk peiteajaks. Kuigi puuduvad välised haigusnähud, on haigus ravimata ja puudulikult ravitud juhtudel nakkav ja edasiantav järeltulevale soole, eriti haiguse esimesil aastail. Nakkavus väheneb vastavalt sellele, kui võrd hästi ja põhjalikult toimub ravi ning kui varakult on sellega alatud. Kõrvuti sellega käib tavaliselt ka Wassermanni reaktsiooni negatiivseks muutumine. Kuid negatiivne vereproov (WaR) üksi ei eita veel latentse süüfilise olemasolu võimalust. Süüfilise retsiidiivsete ja kolmanda järgu nähtude tekkimist peale lühemat või pikemat latentset perioodi soodustavad haige isikupärased omadused, elukutse, eluiga, alatoitumus, kurnavad nakkushaigused, üldkurtumus ja ebatervishoiuline eluviis (alkoholi liigtarvitamine, iga-

sugused kehalised ja vaimsed ülepingutused), kuid nende süüfilise hilisnähtude tekkepõhjuseks on siiski ravi puudulikkus, selle ebatstarbekas teostamine või sellega hilinemine.

Sageli avastavad naistel latentse süüfilise olemasolu iseeneslikud abordid raseduse 4.—7. kuul ja süüfilisnähtudega või surnult sündivad lapsed. Seepärast peab iga naine, kel on olnud iseeneslikke aborte või surnud laste sünnitusi, kohe pöörduma arsti poole ja enesele mitte põhjendama nende ettetulekut igasuguste ehmatuste, väiksemategi põrutuste ning kukkumistega. Muidugi pole iga iseenesest tekkiva aborti või surnud lapse sünnitamise põhjuseks süüfilis, vaid see on ainult ühel osal neist.

Võrdlemisi sageli avastab teise (või kolmanda) järgu latentse süüfilise olemasolu trauma. Peale kukkumist või ühe kehaosa vigastamist keemilisel, bioloogilisel või mehhaanilisel teel tekib vigastatud kohale 1—3 nädala vältel haavand, mis ei parane tavalise haavandiravi toimet, vaid laieneb ja süveneb. Nii võivad süüfilisnähud tekkida igale kohale organismis ja tema pinnal, kus elundi või koe normaalne seisund on nii või teisiti rikutud. Sageli tekib ka luu-, luuümbrise- ja liigesepõletik ühes paistetuse ja valuga. Traumalise süüfilisnähu tekkepõhjuseks on kahkjate spirohheetide olemasolu vigastuse kohal, kus rikutakse immuunbioloogiline tasakaal organismi kaitsejõudude ning nakkuse (süüfilisviiruse) vahel. Et süfiliid ei teki mitte igale traumaliselt vigastada saanud kohale, seletub sellega, et trauma satub harva kokku spirohheetide pesaga, milliseid pesasid ei leidu mitte igal pool organismis. Milian arvab, et kahkjad spirohheedid tormavad, samuti kui malaaria plasmoodiadiki, aeg-ajalt oma peiduurgastest verre, peatuvad traumalise vigastuskoha kapillaarides, siginevad seal ja annavad siis samal kohal kliinilisi nähte.

Traumalise närvisüüfilise tekkimiseks on vajalik pea, lüüsisamba (selgroo) või kogu keha tugev põrutus. Kuid närvisüüfilise arenemist võib põhjustada mitte ainult kehaline, vaid ka hingeline ehk vaimne vapustus (trauma), mis samaselt nõrgestab närvisüsteemi vastupanuvõimet ja mõjub latentsele süüfilisele provotseerivalt. Kesknärvisüsteemis leidub palju sagedamini spirohheetide latentseid koldeid, millega on seletatav traumalise närvisüüfilise sagedam esinemine võrreldes teiste kudede ja elundite traumalise süüfilisega.

Kõike eeltoodut kokku võttes selgub, et süüfilise II järgu moodustavad: 1) „värsked“ teisese süüfilise löö-

bed — roseoolid, paapulid jne. (*syphilis II recens*); 2) teise süüfilise latentse ajavahemikud, milliseid võib olla mitu (*syphilis II latens*); 3) teise järgu retsidiivsed lööbed — retsidiivne teine süüfilis (*syphilis II recidiva*).

Nähtudeta süüfilis

(*lues asymptomatica, sine exanthemate* ehk *ignorata*).

On juhtumeid, kus inimene pole enese juures kunagi tähele pannud süüfilise esimese ja teise järgu nähte, kuid osutub ometi süüfilishaigeks, põdedes hiljem, aastate pärast, siseelundite, südame ja soonte, närvisüsteemi jne. süüfilist. See on võimalik siis, kui kahkjad spirohheedid satuvad otseselt verre või mahlateedesse ega põhjusta mingeid reaktsiooninähte kudedes, mida nad seejuures läbisid. Säärane võimalus on kindlaks tehtud ka eksperimentaalselt ja niisugust „tumma nakkust“ esineb palju sagedamini kui arvatakse, eriti naistel. Haigel esinevad vahepeal vaid kubeme-, kaenlaaluste, kaela- jne. näärmete suurenemine (*scleradenitis multiplex*) või silmatera laienemine ning kuulmishäired. Nähtudeta ehk sümptomidevaba süüfilist avastatakse verrega ja seljaajuvedelikuga tehtud Wassermanni reaktsiooni abil või kahkjate spirohheetide leiuga kurgumandlite või emakakaela limanaha kaabetest.

3. Süüfilise III järk ehk kolmandane süüfilis

(*lues III seu tertiaria*).

Süüfilise kolmandat järku nimetatakse ka hilissüüfiliseks, samuti kui teise järgu hilist, paljude aastate pärast esinevat latentset perioodi (*lues latens inveterata*). Säärane üldisem mõiste on praktiline seepärast, et ajalisel on võimatu tõmmata teravat piiri teise ja kolmandase süüfilise perioodide vahele, seda enam, et üksikute haigusjärgude nähud esinevad mõnikord samaaegselt kõrvuti.

Kolmandase süüfilise saabumine ei ole haigele möödapääsematu, sest alati ei esine ta isegi ravimata juhtudel. Kindel on see, et kolmandase järgu nähud esinevad seda harvemini, mida korrapäraselt on haiget ravitud.

Kõige sagedamini tekivad kolmandase süüfilise nähud ravimata juhtudel 4.—10. haigusaastal, kuid ka varem või 10—50 aasta pärast.

Need nähud võivad esineda korduvalt mitmekesiste haigusnähtudest vabade ajavahemikkude järel, mis ajal haige üldtervislik seisund võis olla täiesti rahuldav. Retsidiivide arv piirdub tavaliselt üksikjuhtudega ja vaheajad haigusnähtude taastekete vahel — kolmandase süüfilise peiteajad (*lues III latens*) — on üldiselt pikemad kui haiguse teises järgus. Ainult juhuslikult ja reeglivastasel põhjustavad kolmanda järgu nähud paiksete mahanäärmete suurenemist. Et ka hilissüüfilise nähud sisaldavad vähesel arvul kakkjaid spirohheete, olles seega nakkavad, seda tõestavad neist võetud materjali pookimised loomadele, kellele tekib tüüpiline kõva šanker. Praktiliselt esineb nakatumisi gummadest siiski harva. Näilikult on kakkjad spirohheedid lühema või pikema rahuaja järel uuele tegevusele ärganud ja põhjustavad nüüd allergiliselt (ülitundlikult) reageerivas koes uuetüübilisi haigusnähte.

Kolmandase süüfilise nähud on esmajoones paikse, piiratud iseloomuga, aeglaselt arenevad muhutaolised kasvajad, mis koosnevad epiteloidrakkudest, hiidrakkudest, lümfotsüütidest ja plasmarakkudest. Neist suurem osa kaldub lagunema ja pikkamisi kude hävitama. Nad paranevad alati armistumisega, võimaldades neid seega eristada teisese süüfilise sõlmelistest nähtudest, mis paranemisel tavaliselt arme ei jäta.

Mainitud muhutaolised kasvajad on: 1) väikesed linaseemnekuni hernetera-suurused kõbrud (*tubera syphilitica*), mis tekivad nahas, ja 2) pähkli- kuni kanamuna-suurused muhud — gummad ehk süfiloomid (*gummata syphilitica*), mis tekivad nahaaluses koes, limanahkadel, lihastes, luudes ja luuümbrises, liigestes, siseelundeis ja närvisüsteemis. Kõbrud pole elule ohtlikud, küll aga võivad põhjustada surma gummad, kui nad raviga hilinemise korral lagunemisel hävitavad elulise tähtsusega elundeid või ravige teostatakse ebaotstarbekalt. Ka gummadest põhjustatud armid võivad halvemal juhul takistada haigestunud elundi normaalset tegevust. Et gummades ainult vähesel arvul leiduvad kakkjad spirohheedid suudavad nii suuri reaktsioone tekitada, seletub sellega, et organism on haiguse vältel muutunud ülitundlikuks süüfilismürgi vastu.

Tuberoosne ehk kõbruline süüfilis (*syphilis tuberosa seu nodosa superficialis*) esineb $\frac{1}{3}$ hilissüüfilise juhtudest. Ta võib esineda igal kehaosal, kuid eelistab siiski nägu, turja ja jäsemeid. Kõbrud on kõvad, ümmarikud, ei valuta ega sügele ja ulatuvad nahapinnalt veidi kõrgemale. Peaaegu alati esinevad nad

suuremate või vähemate gruppidega, moodustades looga-, ringi- ja buketitaolisi kujutisi. Köprude arv ühes pesakonnas piirdub tavaliselt 10—20-ga, kuid neid võib olla ka mitusada. Iseloomustav on üksikute köprude asetsemine üksteisest eraldi, misjuures nende vahemaal on näilikult normaalne nahk. Köprude värvus on sinakas- või pruunikaspunane, pind on algul sile ja läikiv, hiljem kestendav või isegi kaetud õrnade koorikutega. Köbrud võivad ravimata juhtudel muutumatult püsida nädalaid ja aastaid (vt. tahvel III).

Köprude taandareng toimub kahel viisil. Esiteks võivad köbrud kaduda iseeneslikult (siiski harva), järjekindlalt vähenedes ja muutudes värvuselt pruunimaks; samal ajal nad aeglaselt pehmenevad, tasanduvad nahapinnaga ja lõpuks kaovad välisnaha kasina kestenduse saatel, jättes eneste asemele pruuni või mustja atroofilise tähni. Väga pikkamisi muutub tähn valkjamaks, nahaga ühevärviliseks, nii et tähnist jääb järele eluaeg püsiv atroofiline, õrn ning pindmine arm, mis püsib ainsa välistunnusena pärisnahas toimunud protsessist.

Eeltoodud köbru taandarengu viis esineb harvemini, sest sagedamini köber peale aeglast pehmenemist laguneb ja nahas tekib paise (*syphilis tubero-ulcerosa*). Kuid paiseks muutuda ei tarvitse kõik olemasolevad köbrud, vaid ainult osa neist. Algul katavad paiseid kõvasti kinniistuvad koorikud. Lagunenud paised on peaaegu ühesuurused, nende sügavus aga mitmesugune, sest ühed neist asetsevad ainult nahas, teised aga ka sügavamal nahaaluses koes. Paise servad on järsud, paksud ja kõvad, mitte äranäritud, eraldatud ümbritsevast nahapinnast kõrgema, kõva ja kitsa valliga. Erilist valu paised ei tekita, samuti ka mitte paiksete näärmete suurenemist (kui pole seganakkust). Ilma süüfilisevastase ravita võivad paised püsida aastaid, eriti kui juurde tekib uusi köprusid. Ravi toimel paranevad nad aeglaselt, jättes alati järele arme, mis asetsevad nahapinnast madalamal ehk sügavamal. Armid on algul punased, siis pruunid, isegi mustjad, muutudes väga pikkamisi keskelt valkjaks, olles siis ümbritsetud kitsast pigmenteerunud rõngast. Lõpuks muutub arm päris valgeks, jäädes säärasena püsima eluajaks. Armi kohale uusi köprusid ei teki, vastandina nahatiisikuse armile.

Näol ja ninal võivad süüfilise köbrulised paised tungida üsna sügavale ja hävitada nina vaheseina ning silmad, nagu see aset leiab söötraiahi ehk luupuse (nahatiisikuse) puhul. Mõnikord esinevadki süüfilise ja söötraia köbrud üheskoos, isegi ühes ning samas haiguskoldes.

Suus ja suguelunditel sarnanevad üksikud kõbrulised paised kõva šankriga, kuid viimastest eraldab neid paiksete mahlanäärmete mittesuurenemine.

Peale pesaliselt asetsevate kõprude esineb veel nende hilisem laialivalguv ehk edasironiv kuju (*syphilis tubero-serpiginosa*), kus vanade paranevate kõprude kõrvale tekivad järjest uued kõbrud, mis võivad haarata suuremaidki pindalasi, isegi kogu selja, rinna, jala jne. Need ronijad lööbed vältavad aastaid, kui neid ei takistata üldraviga. See toimub sel teel, et haigestunud pindala keskel asetsevad kõbrud paranevad ja armistuvad, kuna aga servadel arenevad uued kõbrud. Ka serpiginoosse kaju puhul võivad kõbrud laguneda ning paiseteks muutuda (*syphilis ulcero-serpiginosa*). Järelejäävad armid on sõltuvalt nende vanusest mitmevärvilised — punased, pruunid, mustjad, valkjad, kuni muutuvad lõpuks kõik valgeks. (Vt. tahvel III.)

Peopesi eelistab, kuid võib esineda ka igal teisel kehaosal tuberoosse süüfilise eri kuju, nn. plaadikujuline süfiliid (*syphilis en nappe*). Nahapinnale tekib järsult piiratud, kõva koostisega enam-vähem ümmarik sinakaspruun laik mitmesuguses suuruses. Harilikult on ta peopesa suurune, kuid võib vallutada ka kogu sääre, rinna jne. Laigu pind on kasinalt ja peenelt kestendav ja temas pesitsevad kõbrud on raskelt nähtavad. Mõnikord on laik kaetud üksikute paisekestega, peopesadel ja taldadel aga lõhedega.

Aastate ja aastakümnete pärast peale nakkust, mõnikord ka peale juba esinenud gummasid võivad igale kehaosale tekkida paapulisarnased, läätsetera-suurused, ümmarikud või ovaalsed kõvad punakad kõbrud, mis ei valuta ega sügele. Nad asetsevad nahas pindmiselt ja peamiselt rühmade viisi. See on kääbuseline tuberoosne süfiliid (*syphilis nodosa nana*), mille paranemisel jäävad järele pindmised armikesed. Neid võib ära vahetada söötraia sõlmekestega, eriti näol. Asja selgitamine vajab vastava vereproovi (WaR) ja tarbe korral ka söötraia suhtes kahjutu ning kasutu süüfilisevastase proovravi toimetamist, mis otsustab küsimuse 2—3 nädalaga. Söötraia poolt räägib haige noor eluiga ja asjaolu, et süüfilise armile ei teki kunagi uusi kõprusid, söötraia omale aga küll. Teiseks hävitavad tuberoosse süüfilise paised kude palju kiiremini kui söötraia omad; mis süüfilis hävitab mõne nädala või kuuga, seda teeb söötraig aastatega.

Paiselisi kõprusid võib veel ära vahetada jalasäärteil tõmboonte laiendite tagajärjel tekkivate paisete ja haavanditega. Süüfilise suh-

tes on eriti kahtlane, kui sääremarjale tekib korraga palju väikesi ühesuguseid paiseid.

Käabuseliste kõprudega ühel ajal leidub mõnikord kerel, reitel, niuetel ja kubemetes hiliseid ehk kolmandase süüfilise roseoole (*roseola tarda* ehk *tertiaria*). See on hilissüüfilise eri kuju, mille nähud kaovad ilma arme järele jätmata. Nahas, mitte tema pinnal, tekivad heleroosad looga-, ringi- ja ribadekujulised lööbed, mis ei valuta, sügele ega kestenda. Loogad ja ringid on ploomi kuni lapsepea suurused.

Muhulise ehk gummoosse süüfilise (*sypilis gummosa* ehk *nodosa profunda*) puhul esinevad gummad tavaliselt üksikult, harva on neid mitu ühel, veel harvemini korraga mitmel kehaosal. Nad võivad esineda igal kehaosal ja elundis, kuid kõige sagedamini esinevad nad siiski nahaaluses koes, suu- ning ninaõõnes, maos, sooltes jne. Algul toimub gumma arenemine haigele tähelepanematult ja ta märkab seda alles siis, kui gumma on muutunud umbes pähkli suuruseks või paisestunud. See on võimalik seda enam, et gumma ei tekita valu, välja arvatud juhud, kus ta rõhub mõnele närville või on seoses tüsistustega. Siseelundeist tekib gumma kõige sagedamini maksas.

Tavaliselt tekib gumma ootamatult haigele, kes pidas ennast terveks. Tema tekkepõhjuseks on enamasti süüfilisevastase ravi täielik puudumine.

Gummadega haigeist ei ole ennast üldse ravinud 85—90%, teine osa on seda teinud puudulikult või ebaotstarbekalt ja ainult 1—2% on saanud küllaldase ravi. Viimaste seas on ühtedel ravi alustatud hilja, teistel on gumma tekkimist soodustanud alkoholi rohke tarvitamine, mitmesugused mürgistused, organismi nõrk vastupanuvõime ja kolmandatel spetsiifiliste ravimite mõjuta jäämine organismi eriomaduste tõttu (nn. salvarsaan- ja Wassermann-resistent- sed juhud).

Ilma vastava üldravita võivad gummad püsida aastaid, isegi paisestunud kujul, ja väga harva paranevad nad iseeneslikult. Üldravi toimel taandarenevad nad võrdlemisi kiiresti, jättes alati eneste asemele ümbritsevast pinnast sügavamal pesitseva armi.

Allpool vaatleme gummade tekkimist ja taandarenemist vastavalt nende asukohale.

Nahaalune gumma (*gumma subcutaneum*) algab paistetusega veresoone ümber. Varsti tekib naha alla järsult piiratud,

ümmarik ja kõva, katsumisel täiesti valuta ning kergesti liikuv muhk, mille kohal nahk on esialgselt normaalne. Muhk kasvab aeglaselt suuremaks, tuvi-, kana-, isegi hanemuna suuruseks. Mõnda aega püsib ta veel liikuvana, siis aga liitub pärisnahaga ja muutub liikumatuks. Seejärel muutub nahk gumma kohal algul roosaks, hiljem punaseks ja sinakaks, gumma ise aga vähe valulikuks, sedagi peamiselt pigistamisel. Püsid esimese aega säärasena, algab gumma taandareng, mis toimub väga harva ja pikkamisi iseeneslikult, alati ning võrdlemisi kiiresti aga ravi toimet. Gumma muutub järkjärgult pehmemaks ja väiksemaks, kuni kaob nahapinnale nähte järele jätmata. Kuid nahaaluses koes ja pärisnaha sügavamas kihis jääb gummast ikkagi arm. Mõnikord jääb nahk gumma kohal veidi sisselanguks või lohku ja kergesti atroofiliseks. Säärane taandareng on haigete kõige soodsam, kuid see teostub võrdlemisi harva.

Veel harvemini tekib nahaaluse gumma ümber sidekoeline kapsel ja ta muutub kõvaks kui puu. See kõva ning tundeta ja vabalt liikuv muhk võib püsida eluaeg.

Sagedaim nahaaluse gumma taandarengu viis on aga tema pehmemise järel esinev lagunemine ja paiseks muutumine. Lagunemise alguses gummaga liitunud nahk muutub punakassinakaks, põletikuliseks, mis tähistab gummast tekkivat mädanemist. Pehmunud kohale tekib hiljem väike ava, millest kasinalt immitseb kleepuvat araabia kummi taolist (sellest ka nimi „gumma“) kollakashalli vedelikku. Nüüd veel alustatud üldravi võib ära hoida paise tekkimise ja kõigest järele jätta väikese nahaaluses koes asetseva armi, mida katab atrofeerunud nahk. Ravi puudumisel tekib aga varsti kraatrikujuline, järskude, kõvade, algul nagu ärauuristatud servadega ja konarliku aluspinnaga paise, mida hiljem ümbritseb pruunpunakas vallitaoline ääris. Kui paisestub mitu lähestikku asetsevat gummat, siis tekib üsna suur ja sügav looga- või poolkerakujuline paise; seevastu on üksikute paiseite kuju enamasti ümmarik ja harvemini ovaalne. Paise sügavus on $\frac{1}{2}$ —2 cm ja tema kollaka nõretisega kaetud põhi ei tunne puudutamisel valu. Püsid esimese aega muutuseteta, hakkab paise kinni kasvama (granuleeruma), mis algab servadest keskkoha poole ja vältab nädalaid ning kuid. Lõpuks jääb paise asemele sügav arm, mis on algul violetne, siis tumepruun või mustjas. Säärane värvistunud arm püsib aastaid, kuni keskkohast kahvatab ja muutub atroofiliseks, ümbritsetuna pruunist rõngast; lõpuks kaob ka see pruun rõngas ja järele jääb valkjalt sisselangenud arm, mis on palju väiksem kui oli paise.

Naha gumma esineb plaadi (*gumma en nappe*) ja laialdase paistetuse ehk difuusse infiltraadi kujul. Esimesel juhul näeme nahal lamedat, järsult piiratud, ilma valuta ja ägeda põletikuta ümmarikku või ovaalset kuni peopesasuurust plaaditaolist kõva paistetust, mis tõuseb ümbritsevast pinnast $\frac{1}{2}$ —1 cm kõrgemale. Gummoosne difuusne infiltraat võib olla väga mitmekujuline ja enda alla võtta isegi suurema kehapindala — poole rinda, kogu jalasääre jne., olles piiristatud mittejärsult. Mõlema haiguskuju puhul tekivad paised tavaliselt mitmes kohas korraga ja liitudes võivad nad moodustada 1—2 peopesa suuruse ühise paise. Nahagummade peamine tähtsus seisab selles, et nad on sageli samaaegse ühe või teise siseelundi raske haigestumise tunnistajaiks.

Võrdlemisi harva esineb gumma isoleeritud, pähkliisuuruse, krõmpsluu kõvadusega, enamasti liikuva, ilma valuta ümmariku või konarliku muhu kujul liigeste, eriti sõrmeliigeste, küünarnuki- ja põveliigeste kohal (*nodosités juxtaarticulaires Jeanselme*). Nahk tema kohal on täiesti normaalne. Säärane gumma tekib tavaliselt kümneid aastaid pärast nakkust ja võib kasvada kanamuna suurusseks, püsides pikka aega muutuseta. Väga harva taandareneb ta iseeneslikult, enamasti aga muutub lõpuks paiseks. Ravi toimele kaob ta väga pikkamisi.

Naha- ja nahaaluse gumma tüsistused. Sageli seltsib gummaga mustuse tagajärjel seganakkus teiste pisikutega. Paise muutub siis valusaks, tekivad naha- ning mahlasoonte põletik, turse ja mõnikord isegi laialdane põle (*gangreen*). Mädaeritus on siis rikalik. Gummaga võivad seltsida ka naharoom ja nahatiisikus.

Sagedamad ja raskemad gumma tüsistused tekivad sel teel, et gummoosne paistetus ja lagunemine levib naaberkoele. Enamasti kannatavad selle all luuümbrised ja luud, kus raviga hilinemisel võivad tekkida parandamatud defektid ja moonutused. Nahalt levib gummoosne protsess soontele, mis võib põhjustada nende rebenemist ja paiselist „lābisöömist“ ühes sellele järgneva elule ohtliku verevalumiga.

Gummasid võib ära vahetada tõmbsoonte laiendite tagajärjel jalasäärel tekkinud paisetega ja teiste kasvajatega. Tõmbsoonte laienemine soodustab gummade teket ja tingib nende visa, mitu kuud vältavat paranemist ravimisel. Ühtlasi võivad tõmbsoonte laiendid tublisti moonutada gumma kuju. Gumma pikaajalisel püsimisel võib jalasäär normist 2—3 korda suuremaks paistetada. Varikoos-

sed paised asetsevad tavaliselt sisemise peksluu, gummad aga sääremarja piirkonnas.

Kasvajate suhtes võib gummasid ära vahetada fibroomide, lipoomide, parafinoomide, adenoomide, ateroomide ja sarkoiididega, eriti kui gumma pole veel paiseks muutunud. Kasvajate paise on valus, gumma oma aga mitte; küpse gumma kuju on ümmarik ja tema servad järsud, kõvad, vallitaolised, vähi kuju aga ebaümmarik ja servad äranäritud. Mõned kasvajad püsivad aastaid muutuseta, gummad aga vaid nädalaid ja kuid. Gumma puhul ei ole paiksed

mahlanäärmed suurenenud, vähi pikemaajalisel püsimisel aga küll. Harva tekib gumma kohale vähk.

Otsustamist, kas on tegemist gummaga või mõne teise kasvaja, kergendab Wassermanni vereproov, aga see on ka gumma puhul võrdlemisi sageli negatiivne. Seepärast peab vähimagi süüfilisekahtluse korral teostatama süüfilisevastast proov-ravi.

Raske on paisestunud gummasid ilma bakterioloogilise uurimiseta eraldada veel mitmekesistest nahaseenetiste sügavatest kujust — blastomükoosist, sporotrihhooosist ja kiirikseentõvest (aktinomükoosist).



5. joon. Gummad jalgasäärel.

Teatud raskusi võib valmistada paisestunud gumma eraldamine ka tuberkuloossetest paisetest (söötraig ja skrofuloderma), seda enam, et ühel haigel võivad korraga esineda süüfilise ja tuberkuloosi paised, mis asetsevad kas kõrvuti või isegi ühes haiguskoldes (nn. hübriidsed kujud). Nii on teada juhtumeid, kus küünarnuki mahlasõlmede pehmunud sisaldises leiti kahkjaid spirohheete, aga sama materjali pookimine kodujäneseile ja merisigadele andis üldise tiisikuse (süüfilo-tuberkuloosne adeniit). Sellest selgub, et ühes paises võivad elutseda üheskoos tiisikuse kui ka süüfilise pisikud. Positiivse vereprooviga (WaR) süüfilishaigel võivad esineda ka puht-tuberkuloossed paised, mis siis süüfilisevastase raviga muidugi

ei parane. Tänu parematele diagnoosimisvõimalustele avastatakse hübriidseid haiguskujusid nüüdsel ajal palju sagedamini kui varem.

Gummade eraldamine pidalitõve muhkudest ja paisetest on kerge.

Hilissüüfilise nähud limanahkadel.

Hilissüüfilise nähud limanahkadel moodustavad ühe kolmandiku kõigist hilissüüfilise nähtudest. Haiguskindel limanahkadel on palju väiksemad kui nahal ja nad kujutavad enestest: 1) läätse- kuni hernetera-suurusi pindmisi sõlmi (tuberoosne kuju), 2) oa- kuni tuvimuna-suurusi sügavamal asetsevaid muhke (isoleeritud gummad) ja 3) laialdasi gummoosseid infiltraate ehk paistetusi. Haiguskindel on limanahk enne paisestumist tavaliselt punasem või sinakaspunane, sõlmed ja muhud katsumisel kõvad, mitte valusad. Paised sarnanevad gummoossete paisetega nahal, kuid nad pole nii sügavad ega ka nii teravalt piiristatud, olles kaetud mädase naastuga; paisete servad on järsud ja paistes (infiltreerunud).

Kõige sagedamini esinevad gummoossed nähud suu- ja ninaõõne limanahal.

Huulel esineb gumma harva, nii kõprude, muhkude kui ka laialdase paistetuse kujul. Ravimata juhtudel tekivad nende asemele paised, mis võivad alatisel ärritamisel vürtside, nikotiini ja alkoholiga väga suureks ja sügavaks muutuda ning huule täiesti hävitada (vt. tahvel I, pilt 6). Laialdase gummoosse paistetuse puhul suureneb huul mitmevõrra ja paised tekivad korruga mitmes kohas. Nende liitumine moodustab suure ühise mädapaise, mis-puhul lõuaalused näärmed on sageli valusad.

Hilissüüfilise perioodil tekivad mõnel haigel huulte, keele, suunurkade ja põskede, mitte kunagi aga pehme kurgulae limanahale epiteeli paksenemise ja sarvestumise saatel vaolised sinakasvalged pärlnutrilised ladestused, eriti rikutud ja kiviga kaetud hammaste piirkonda (*leukoplakia buccalis et lingualis*). Keelel võivad nad areneda käsnaatolisteks armkoelisteks moodustisteks ja hävitada keele näsad. Nad tekivad peamiselt meestel suitsetamisest ja alkoholist soodustatuna, olles vaid vähe valulikumad. Võrdlemisi sageli tekib nende kohale hiljem vähk. Varem loeti neid leukoplaake süüfilise põhjustatuks, kuid nad pole seda, kuigi leukoplaagihai-geist on suuremal osal (65—75%) hiline süüfilis.

Keelel esineb gummoosne protsess kahel kujul.

1) Keelel tekib laialdane gummoosne paistetus, mille tagajärjel keel aeglaselt muutub kas kohati või kogu ulatuses paksemaks ja kõvemaks. Algul haige seda ise ei märkagi, eriti pindmiste difuusete infiltraatide puhul, mis vigastavad ainult limanahka, muutes selle paksemaks ja hävitades keele näsasid ilma mädanemiseta. Mõnikord muutub keel nii suureks, et vaevalt mahub suuõõnde (hüpertrofeerumise periood). Kui keele suurenemine ja paksenemine toimub osade kaupa, siis muutub keel ebasümmeetriliseks, kõverdub ja moonduv. Haigestunud piirkonnad on kõvad, ebaelastsed, keelepind mügarlik ja kaetud sügavate vagudega. Limanahk haigestunud kohtadel on veretu, tuhmvalget värvust, kaetud mõnikord paksu tuhmi epiteeliga. Keele liikuvus muutub piiratuks ja kogu keel harvadel juhtudel kõvaks ja tundetuks (*glossitis sclerosa*).

Lihaskiudude hävimise tagajärjel hakkab keel pikkamisi vähenema, lühenema, veidi pehmenema ja kortsuma (atrofeerumise periood). Tema vähenenud painduvus raskendab söömist ja rääkimist, eriti mõne tähe hääldamist. Mitmekesiste limanaha ärritamiste tagajärjel tekivad keelele valusad marrastused (erosioonid) ja lõpuks haavandid. Haiguse kulg on väga pikaldane, sest ravi toimel paranenud haavandid võivad mõne aja pärast taastekkida. Vanad juhud, kus on üldravi ettevõtmisega hilinenud, jäävadki parandamatuks.

2) Keelele tekivad üksikud piiratud herneterasuurused, ilma valuta gummoossed muhud, mis arenevad limanahast või lihastest. Sageli esinevad nad laialdase gummoosse infiltraadiga kõrvuti, üheaegselt. Aegsasti ettevõetud ravi kaotab nad jäljetult. Ravi puudumisel kasvavad muhud oasuuruseks, pehmuvad, lagunevad ja paisestuvad aeglaselt. Haavandid on pikergused, lõhekujulised, võrdlemisi sügavad, mädase pinnaga. Haavandi servad on kõvad, järsud ja paistetunud. Kui haavandiga seltsib seganakkus, siis suureneb mädanemisprotsess, mis võib keelest hävitada suurema osa. Keelevähi tunnuseks on aga äranäritud servad, paise suur valulikkus, temast vere immitsemine ja mädahais suust.

Paranedes jääb gumma asemele sügav arm, mis vaid vähe segab keele talitlusi. Tähelepanuvääriv on asjaolu, et keele gumma puhul ei suurene lõuaalused mahlanäärmed. Küll toimub see siis, kui keele gummaga seltsib veel vähk, mida juhtub võrdlemisi sageli.

Suu- ja ninaõõnes haigestub limanahk hilissüüfilise puhul sagedamini kui mujal ja peamiselt laialdase gummoosse paistetuse kujul. Protsess kulgeb siin omapäraselt, sest õhuke limanahk soodustab gumma hõlpsat üleminekut luuümbrisele, krõmps- ja pärisluule, kus areneb omapärane hävitustöö — aukude tekkimine ehk mulgustumine (*perforatio*), mis leiab aset nina vaheseinas ja pehmes ning kõvas suulaes. Algul ei ärata limanaha üldine või paikne gummoosne paistetuse haige tähelepanu, sest puuduvad valu, palavik ja üldtervise häired ning paistetuse areneb vägagi aeglaselt. Limanahk on vaid punane, paksenenud ja tursunud, kuid mitte valulik. Ei paisteta ka paiksed mahlanäärmed, nagu see nähtub tavaliselt angiini puhul. Kui ei alustata süüfilisevastast ravi, tekib paistetunud koes pehmumine ja kiire lagunemine, seejärel sügav, teravate ja kõvade äärtega haavand, mis enamasti mulgustab suulae ühes või mitmes kohas. Nii mõnigi haige avastab säärase mulgustuse enesele ootamatult, sest niivõrd tähelepanematult ja kiirelt võib see areneda. Mulgud on ümmarikud, ovaalsed või pikergused ja hernetera kuni pähkli suurused. Enamasti on neid mulkusi üks, mõnikord 2—3 ja rohkemgi. Nad võivad tekitada ebaloomuliku ühenduse suu- ning ninaõõne vahel, mis võib arusamatuks muuta inimese kõne ja põhjustada söömisel-joomisel vedeliku sattumist ninaõõnde. See ühendus võib jääda ka peale mulkude armkoega kinnikasvamist ravi toimet. Raskeil juhtudel hävib kogu pehme suulagi, kust paisad võivad levida kurgule ja kõrile. Armkoega paranemisel võib siis tekkida neelu kitsus ehk ahendus, mis takistab enam või vähem neelamist ja hingamist. Haavand kõris võib levida *arteria carotis interna*'le ning tema harudele ja põhjustada siis surmatoovat verejooksu. Mõnikord esineb kurgu gumma koos kurgutiisikusega või simuleerib seda, mis nõuab vähimagi kahtluse korral Wassermanni vereproovi tegemist.

Harvemini tekivad mulgustused kõvas suulaes, enamasti ninaõõne kaudu.

Peale laialdase gummoosse paistetuse võivad suulaes areneda ka süfiliitilised kõbrud ja üksikud gummad, viimased enamasti koos laialdase paistetusega. Kõbrud on läätse kuni hernetera suurused ja haiged neid algul ei märkagi. Nende asemele tekkivad haavandikesed paranevad armistumisega ja ainult alkoholikuil ning kurtunud haigetel põhjustavad nad mulgustust. Nad sarnanevad limanaha söötraiaga, mille haavandid aga lagunevad palju aeglasemalt, immitsevad verd ja on valusad. Vereproov on tarvilik. Isoleeri-

tud gummad esinevad suulaes kaunis harva. Algul on nad valuta ja limanahk nende kohal sinakaspunane. Aeglaselt suureneb muhk, pehmub ja laguneb. Tekib sügav haavand, mis mulgustab lõpuks suulae, paranedes siis ravi toimel armiga. Õigeaegne ravimine väldib mulgustuse.

Ninas algab gummoosne protsess kas limanahalt või sellealusest koest — kõhrelt, luuümbriselt, luult, võides esineda igal pool ninaõones. Tekkivaid kõpre või laialdast gummoosset infiltraati haige algul ei märkagi, sest kõik areneb väga aeglaselt. Limanaha põletik avaldub kroonilise nohu kujul (*rhinitis gummosa*), mida saadab sagedane peavalu. Mõnikord tundub ka valu ninas. Kuid edaspidi muutub ninalima mädaseks ja tekivad kõvasti kinniistuvad koorikud, mis ummistavad ninaõone ja takistavad hingamist. Nende vägivaldsel kõrvaldamisel immitseb vaid vähe verd. Koorikud lagunevad, mädastuvad ja ninast tuleb halba lõhna (nn. vana-nohu, *kakosmia objectiva* ehk *ozaena syphilitica*). Kuid säärane näht pole mitte alati süüfilise tunnuseks, vaid võib tingitud olla ka teistest põhjustest. Limanahas tekib haavand, peamiselt nina vaheseina kõhre ja luu piirjoonel, kuid ka mujal. Lagunemisprotsess levib limanahalt nina vaheseina kõhre- või luuosale, tekitades seal mulgustust. Kuid vaheseina mulgustus, eriti kõhreasas, pole üksi veel kindlaks süüfilise tunnuseks, sest see leiab seal aset ka söövitushaiguste, arseeni, fosfori, kroomhappe, Schweinfurdi rohelise (maalrid!) jne. toimel, samuti ka söötraia- ning rüugehaigeil, kokainistidel ja küünega vaheseina vigastamisel. Üldiselt eelistab gomma luulist ninavaheseina, luupus aga selle kõhrelist osa. Gummoosne protsess võib hävitada ninavaheseina ka täielikult (vt. tahvel I, pilt 6). Gummooselt võivad laguneda veel ninaluud, kui seal tekib kärbus. Lagunemine võib hävitada ninaluust suurema osa, kusjuures tekib sekvester, mis varem või hiljem eraldub. Suurema lagunemise puhul langeb sisse ninaselg, millest moondub nina kuju (nn. sadul- ehk rübinina). Väiksemad lagunemised nina kuju ei muuda. Luult võib gomma levida nahale ja tekitada mulgustuse ninaseljal. Ninaõone limanahalt võib lagunemisprotsess levida koljule, mille mulgustumise tagajärjel tekkiv ajukelme põletik lõpeb haige surmaga. Ninaõonest kõvale suulaele leviv lagunemine võib viimase mulgustada ja isegi peaaegu täiesti hävitada.

Gummoossed protsessid ninas paranevad armkoe tekkimisega. Kuid sellega pole alati kõik veel lõppenud. Armide kohal kuivab ninalima koorikuks ja kleepub sinna kõvasti kinni. Kui ninaõone

eest ei hoolitseta, muutuvad koorikud mädaseks ja ärritavad värsket armi, mis võib uuesti paisestuda, eriti küünega korba lahtikiskumisel.

Raviga mittehilinemisel on kõik limanaha haigusprotsessid vägagi hästi parandatavad.

Naiste suguelundite limanahal arenevad kõbrud, üksikud gummad ja gummoossed paistetused peamiselt välissuguosadel ja emakakaelal, harva tupes ja munasarjadel. Emaka ja munajuhade gummad on haruldased. Tekivad veidi valulikud haavandid ja limanaha turse. Haavandid emakakaelal sarnanevad vähiga, see pärast on vereproov või proovravi alati vajalik. Parem teha seda üleliigselt, kui tegemata jätta. Gummoossed haavandid on järsult piiratud, puuduvad ägeda põletiku nähud ja paiksete mahlanäärmete suurenemine. Sageli esinevad kuuverede häired (sellest vt. veel suguelundite süüfilise all, lk. 56).

Hilissüüfilise nähud luustikus, liigestes ja lihastes.

Luudest tabab gummoosne protsess kõige sagedamini neid, mis asetsevad otseselt naha all, eriti pikki toruluid jäsemetes, siis rangluud ja koljut. Sageli annab haigestumiseks otsese tõuke trauma.

Üksikud või mitmed isoleeritud gummad kui ka gummoossed paistetused võivad areneda niihästi *luuümbrises* (*periostitis gummosa*) kui ka *luus* (*ostitis gummosa*). Sageli on raske otsustada, kas gummoosne protsess algas ühes või teises, sest ta läheb võrdlemisi kiiresti ühelt teiselt üle. Enamasti haigestuvadki mõlemad organid üheaegselt (*osteoperiostitis gummosa*), kusjuures gummoosne infiltraat areneb harilikult luuümbrise ja luu sisemisel pinnal. Luult võib põletik siirduda ka *luuüdile* (*osteomyelitis gummosa*), mida saadab terav valu. Gummoosse periostiidi puhul tekib haigestunud kohale paistetus ja turse, mis on komplemisel valulik. Paistetus levib luu kanalitele, mis laienevad, nii et luu muutub hõredaks, urbseks ehk poroosseks (*osteoporosis*) ja kergesti murduvaks. Säärane protsess toimub ka luuümbrise ja luu üksikute gummade puhul. Luukude aeglaselt kõduneb ehk atrofeerub, servadel aga areneb hüperplastiline protsess, millest tekib uus, väga tihe ja kõva luukude (*osteosclerosis*), mis ümbritseb haigestunud kohta nagu vall. See vall jääb alatiseks püsima, kuna poroossest

keskkohast jääb konarliku pinnaga lohk. Nahk püsib selle kohal muutusetä. Raviga mittehiline misel ei toimu eeltoodud protsessi, vaid infiltraadi imendumisel (resorbeerumisel) kaob ka luu turse. Mõnikord algab gummoosne infiltraat luu enese sise- kui ka välispinnalt ja kaunis laialdaselt. Kui sellest osa võtab luuümbris, siis võib luu nii tugevasti tursuda, et laseb ennast sisse muljuda (*spina ventosa*). Võimalik on ka vastandnähtus, kus luukude muundub elevandiluutaoliseks ühtlaseks massiks, mis võib täita kogu üdiõõne. Paremal juhul resorbeerub gummoosne infiltraat, kuid sagedamini ta pehmub ja laguneb, mida saadab terav valu, eriti öösi, ja ka naha paistetust. Lõpuks tekib sügav paistetunud servadega ja konarliku põhjaga haavand, mis ulatub poroosse luuni. Seal tekib nekroos, mille tagajärjel eraldub võrdlemisi suur sekvester, põhjustades mitmesuguseid moonutusi. Lõpuks jääb haavandi asemele sügav arm, mis luuga alati kokku kasvab.

Luu ja luuümbrise gummoosne haigestumine on alati tõsine, eriti koljul. Muutused kolju sisepinnal põhjustavad peaaegu alatist tugevat peavalu, sageli esinevat peapööritust, oksendamist, krampe ja halvatusi. Lagunemisprotsess võib paljastada ajukelme, mille põletik (*meningitis gummosa*) lõpeb tavaliselt haige surmaga. Muutused luustikus võivad põhjustada ka suuri liikumishäireid, eriti siis, kui nad aset leiavad liigete piirkonnas, mida sageli ei suuda kõrvaldada ravigi. Suureulatuslik luu turse ja paksenemine on alati süüfilisekahtlane.

Mõnikord haigestuvad gummooselt ka mõned selgroolülid, eriti kaela ja ristluu osas, tekitades selgroo kõverdumist (*kyphosis gummosa*).

Luuümbrise süüfilise tagajärjel võivad haigestuda ka sõrmede ja varvaste faalanksid (*daktylitis syphilitica*), kusjuures mõned sõrmed ja varbad paistetavad pudelikujuliseks. See näht esineb küll peamiselt sünnipärase ehk kaasasündinud süüfilise puhul, olles siis tingitud luuüdi gummast.

Liigesed haigestuvad gummooselt harva (*arthritis gummosa* ehk *arthro-lues tarda*), nii otseselt kui ka naaberkoest. Enamasti esineb gummoosne infiltraat, kuna gomma asetseb harilikult liigese lähemas naabruses, tundudes seal komplemisel muhuna. Põlve-, küünarnuki-, labajala- või rangluuliigeses, mõnikord sümmeetriliselt, areneb aeglaselt turse (ödeem), mis tekitab mõõdukat valu vaid liigese otsesel haigestumisel, sedagi peamiselt öösi. Liigese liikuvus on algul ainult vähe piiratud ja peaaegu valutatu. Tursunud liigesel

on komplemisel vati konsistents, kuna tuberkuloosi puhul on see täinjas. Nahk liigese kohal on normaalne. Infiltraadi pehmumisel ja mädasel lagunemisel suurenevad valu ja turse, paksenevad luude otsad (epifüüsid) ja liigesekest. Süüfilisevastase raviga hilinemisel tekitab gummoosne lagunemine suuri muutusi kõhres ja käsnnjat liigesekesti paksenemist (*synovitis hyperplastica*), mille tagajärjeks on rasked liikumishäired, nihestused ja isegi liigese täielik liikumatuks muutumine ehk anküloos luuotste hävimise tagajärjel.

Liigese süüfilist on mõnikord raske eraldada tuberkuloosist liigese paistetusest, millena teda vanasti ekslikult isegi opereeriti. Kuid protsessi aeglane arenemine, valu vähesus ja algul vaid väikesed liikumishäired samaaegselt tugeva ödeemiga, samuti ka palaviku puudumine, röntgeniga läbivalgustamine ja Wassermanni reaktsioon räägivad süüfilise poolt. Nagu teistelgi hilissüüfilise nähtudel, on siingi vereproov võrdlemisi sageli negatiivne, mis nõuab tarbe korral liigesekesti (sünoviaalse) vedelikuga Wassermanni reaktsiooni tegemist, mille tulemus on tavaliselt positiivne. Püsiva süüfilisekahtluse korral kasutatakse süüfilisevastast proovravi. Kubemenäärmete hilja tekkiv suurenemine räägib tiisikuse poolt. Võimalikud on ka juhud, kus haigel on süüfilis, kuid põlveliigese vigastus on ometi tuberkuloosne, ja ümberpöörduvalt, sest mõlemad haigused võivad esineda korraga, seda enam, et nad vastastikku soodustavad teineteise teket.

Lihaseis esinevad gummad ja gummoossed infiltraadid (*myositis gummosa*) harvemini kui liigeseis. Kõige sagedamini haigestub peanoogutajalihas (*sternocleidomastoideus*), siis õlavarre kahepeane lihas (*biceps brachii*), kõhu välimine põiklihas (*gastrocnemius*) ja rinna- ning seljalihased. Gummoosse interstitsiaalse müosiidi puhul on lihased komplemisel veidi valulikud ning osaliselt ilma teravate piirjoonteta kõvenenud, mis sõltub lihastevahelise sidekoe paksenemisest. Kui see viimane pikema aja vältel rõhub lihaskiudude kimpe, siis on selle tulemuseks käsnnja koe tekkimine ja lihase osaline või tervikuline atroofia. Nii mööduv protsess enamikul juhtudest, kuna harvemini infiltraat pehmub, laguneb ja mõnes kohas paisestub, millest sinna jäävad sügavad armid.

Isoleeritud gumma, olgu neid üks või mitu, areneb lihases väga aeglaselt, olles sellega liitunud. Ta segab lihase tegevust ainult siis, kui ta on kasvanud kanamuna suuruseks. Säärasel kujul sarnaneb ta mitmekesisest kasvajatega. Haige teda algul ei märkagi ja valu teeb ta vaid mõnele närville rõhudes. Pigistamisel on ta ainult vähe

tundlik. Paiksed mahlanäärmed pole suurenenud. Gumma võib imenduda (resorbeeruda) ja jäljetult kaduda, harva iseenesest, või pehmuda, laguneda ja sügava haavandi tekitada, mis paraneb enam või vähem lihase liikuvust takistava armiga.

Lihaselt ja liigeselt võib gummoosne protsess levida kõõludes ja tekkida seal ka esmaselt (*tendovaginitis gummosa*). Komplementisel on kõõlusel tunda veidi valulikku muhkku, mis väga vähe häirib lihase tegevust.

Suguelundite hilissiüfilis.

Meestel võib gummoosne protsess areneda kusiti limanahal ja suguti korgaskehades (*cavernitis gummosa*), mispuhul on komplementisel tunda veidi valulikku, tihedat ja piiritletud muhkku või paistetust. Paranemisel jääb järele käsijas arm, mis võib häirida suguti funktsioone.

Mõnikord tekivad hilissiüfilishaigeil, peaaegu alati varem ka tripperit põdenuil suguti korgaskehades aeglaselt väikesed kasvaja-taolised sõlmekesed või plaadid, mis võivad suurenedes haarata tubli osa korgaskehast. Aja jooksul säärane kasvaja muutub kõvaks kui keloid (*induratio penis plastica*). Kõvemaks muutumist saadavad valulikkuse suurenemine ja suguti kõverdamine. Selle nähu teket näivad peale süüfilise soodustavat varem põetud tripper ja ka podagra. Mõnikord pehmub kõvastunud korgaskehaosa iseenesest, mis pehmumine püsib kuid ning aastaid, ilma et kõvadus koguni ära kaoks. Sugulised liialdused ja äge suguuhe võivad põhjustada korgaskeha lupjunud soonte rebenemist, millest tekib verekasvaja ehk hematoom. Viimases tekib aja jooksul kõitkude, lupjumine ja isegi luustumine.

Eesnäärmes tekib gumma harva (*prostatitis gummosa*), enamasti üheaegselt munandi ja tema manuse gummoosse haigestumisega. Eesnäärme gumma lagunemisel eritub kusitist ja pärasoollest mädist vedelikku.

Munandimanuses esineva gumma (*epididymitis gummosa*) arenemist soodustab varem põetud tripper. Manus haigestub alati sekundaarselt munandist ja kogu oma ulatuses, aeglaselt mitmevõrra suurenedes. Ühtlasi muutub ta kõvaks ja tema pind enamasti mügarlikuks. Seemnejuha seejuures tavaliselt ei suurene ega muuda oma konsistentsi. Ka siin areneb kõik aeglaselt, ilma

palavikuta, valuta ja üldtervise häireteta. Isegi pigistamine ei tekita suuremat valu, manuse tundlikkus on mõnikord isegi vähenenud. Väljaarenenult võib manuse suurenemine ja kõvadus püsida nädalaid, kuusid ja kaasasündinud süüfilise puhul isegi aastaid. Siis areneb kõik reeglipäraselt tagasi, manus muutub väiksemaks, pehmemaks ja lõpuks hariliku suuruseni. Ainult erandjuhtudel laguneb gummoosne pesa ja liitub nahaga, mispuhul tekib haavand, mille asemele jääb paranedes arm.

Munand haigestub 3—4% hilissüüfilise juhtudest, alati esmaselt, vastandina munandi tiisikusele, mille eel käib alati munandimanuse haigestumine. Gummoosne protsess munandis areneb ka aeglaselt, ilma ägedate põletikunähtudeta, valuta, palavikuta ja muutusteta munandikoti nahal. Munand hakkab vaid suurenema ja kõvenema, mis vältab nädalaid ja kuid, kui seda ei takistata üldraviga. Munand võib paisuda rusika suuruseks, muutudes hiljem puukõvaks ja pirnikujuliseks, põhjaga allapoole (*sarcocele gummosa*). Pind on sile või konarlik. Komplemisel ei tundu munandis valu ja haigeid vaevab vaid raskustunne, mis tekitab mõnikord küll tuima valu seemnejahas. Säärasena võib munand ravimata juhtudel püsida aastaid, eriti kui temas areneb laialdane kudede vaheline (interstitsiaalne) põletikuprotsess (*orchitis interstitialis diffusa fibrinosa*). See võib muuta munandi puhtsidekoeliseks moodustiseks ja kaotada tema spetsiifilise funktsiooni — sigitusvõime. Lõpuks kõhetub munand, jäädes tublisti väiksemaks, kui ta oli enne haigestumist, ja täiesti tundetuks.

Enamasti haigestub ühepoolne munand, millele sageli järgneb ka tema manuse haigestumine (*orcho-epididymitis gummosa*). $\frac{1}{3}$ juhtudest seltsib sarkotseelega vedeliku kogunemine *tunica vaginalis propria* õõnde, nii et tekib vesimunand (*hydrocele*). Seetõttu munand veelgi suureneb, kuid muutub pehmemaks ja tema pind siledaks.

Ainult harva pehmub ja laguneb munandi gomma, mille tagajärjel tekib järskude ja kõvade servadega paise, mis uuristab enesele käigu läbi munandikoti. Tiisikuse uuris tekib palju kiiremini ja on pehmete servadega. Munandivähk kasvab kiiresti, on valus, levib varsti manusele, annab metastaase ja põhjustab enamasti varakult paiksete näärmete suurenemist.

Naiste sisesuguelundite süüfilist esineb palju sagedamini, kui seda arvatakse. Tema äratundmine on seda raskem, et vere-

proov (WaR) osutub sageli negatiivseks, nagu teistegi sise-elundite süüfilise puhul. Ainult süüfilisevastase proovravi head tulemused määravad enamasti kindlaks naiste sisemiste suguelundite haigestumise süüfilisse.

Emaka süüfilise puhul leiavad emakas aset haavandid, gummad, laialdane skleroos, harilik emaka limanaha põletik (*endometritis*) ja funktsionaalsed muutused ilma tunduvate orgaaniliste vigastusteta, samuti ka emaka tuiksoonte põletik (*arteriitis*). Iseloomustavaid haigusnähte emaka süüfilisel ei ole, sest need sarnanevad kroonilise emakapõletiku, emaka limanaha põletiku ja emakakasvajate nähtudega.

Haiged tunnevad raskust kõhus, valgevoolust ja väikest valu ristluudes ning emaka piirkonnas. Sageli on emaka suurus, kuju ja konsistents muutunud (kõvem). Esinevad ka kuupuhastuse häired — kas liiga rikkalik verevool lühikeste vaheaegadega või liiga kasinad kuuvered ebamääraste vaheaegadega, või täielik kuuverede puudumine või nende enneaegne ärajäämine (*amenorrhoea*) ühes sellega kaasaskäiva ajutise või jäädava sigimatusega. Sageli on need ainukesed emaka haigestumist tõendavad sümptoomid. Sääraste kuuverede-häirete põhjuseks võib olla niihästi omandatud kui ka sünnipärane ehk kaasasündinud süüfilis, enamasti siiski viimane. Kõik tavalised emakahaiguste ravimisviisid ei anna soovitud tulemusi, haiged kiratsevad aastaid, kuni siis abi saavad süüfilisevastasest üldravist.

Munasarjade süüfilisse haigestumist on veelgi raskem ära tunda. Ainult mõnikord tunneb arst kahe käega komplemisel kasvajataolist muutust munasarja kohal. Üldse esineb munasarjade süüfilis gummade, gummoosse infiltraadi, skleroosi ja sklero-tsüstide (*cysta'de*) kujul. Haigel on valu munasarja piirkonnas ja menstruatsiooni häired. Peamiseks ja sageli ainsaks sümptoomiks on tugevad verejooksud emakast või kuuverede puudumine, mis mõlemad nähud ilmnevad enamasti 30.—40. eluaastates. Sageli leidub samal ajal ka teisi teise või kolmandase süüfilise nähte. Kaasasündinud süüfilisega lastel on samuti täheldatud munasarjade süfiliitilist haigestumist, mis võib põhjustada koe skleroosi ning kõhetust ja selle tagajärjel hüpogenitalismi nähte.

Munajuha ehk **emakatõrve** süüfilise äratundmine tekitab samuti raskusi. Kõhu alumises osas on piiratud valu, mis harilikult öösi suureneb. Kahe käega katsumisel on mõnikord

tunda kõvenenud ja pliitsi kuni väikese sõrme jämeduseni suurenenud juhasid või kasvajataolisi moodustisi. Esinevad ka verejooksud emakast ja emaka põletik. Abi saadakse jällegi ainult süüfilisevastasest üldravist.

4. Siseelundite süüfilis

(*lues visceralis*).

Nagu eespool nägime, pole süüfilise eest kaitstud ükski inimelund. Elund haigestub kergelt, ravimisel ruttu mööduvalt ning jälgi järele jätmata süüfilise varajases perioodis, raskemalt, mõnikord isegi eluohtlikult ja väiksemaid-suuremaid koevigastusi järele jättes hilissüüfilise korral. Viimasel juhul haigestuvad siseelundid peamiselt haige 40.—50. eluaastatel, kaasasündinud süüfilise puhul aga ka varajases nooruses. Ravi puudumisel, sellega hilinemisel või liialdamisel võib siseelundi hilissüüfilis lõppeda haige surmaga, mis saabub kas aeglaselt ning vaevusterikkalt mitmesuguste tervisehäirete tagajärjel või ootamatult ja äkitselt töö juures, seltskonnas, saunas, tänaval, suguuhtel jne. Äkilise surma põhjuseks on tavaliselt südamerabandus või mõne tähtsa veresoone rebenemine. Erandjuhtudel lõhkeb ravimata või puudulikult ravitud süüfilise tagajärjel kas maks, põrn, kõhunääre või soolikas, mille eel ei tarvitse käia mingit traumat. Surma põhjuseks võib saada ka süfiliitiline kopsuinfarkt.

Valdaval enamikul juhtudest on siseelundi süüfilisse haigestumise põhjuseks ravi täielik puudumine (10% süüfilishaigeist ei ole teadlikud, et neil on süüfilis) ja siis selle puudulikkus. Viimasel korral haigestub üks või teine siseelund süüfilise hilisperioodil ka mitte igal haigel, vaid $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ neist, kuna teistel haigestuvad närvisüsteem, nahk, nahaalne kude, limanahad, luustik, mõni liiges või lihas.

Puuduliku ravi põhjuseks on peamiselt asjaolu, et haiged katkestavad enese ravimise enneaegselt, omapead, olles arvamusel, et süüfilise välisnähtude kadumise järel on nad juba tervistunud, kuna aga tõeliselt haigus on vaid peitu pugenud (latentne periood), millises olukorras see võib järgmiste nähtude ilmumiseni püsida palju aastaid.

Siseelundi haigestumist süüfilise hilisperioodil soodustavad ebatervishoiuline eluviis, vilets sotsiaalne olukord, vaimsed ning kehalised ülepingutused, alkoholi liigtarvitamine, kroonilised mürgis-

tused nikotiini ning teiste ainetega, läbipõetud teised kurnavad haigused, trauma ja eluiga (varajane lapse- ning hiline raugapõlv).

Siseelundite haigestumisele süüfilise hilisperiodil on iseloomustav, et sageli haigestub mitu elundit korraga (polüvistseraalsed nähud). Nii näeme suurtuiksoone ehk aordi süüfilise puhul sageli ka samaaegset kas närvisüsteemi, põrna, maksa, neerude või luustiku-liigestiku süüfilisse haigestumist. Sageli leiduvad siseelundite süüfilise korral ka gummad või nende armid nahas, limanahkadel ja luudes, mis kergendavad siseelundite süüfilise äratundmist. Sageli on üheaegselt haigestunud põrn ja maks, luud-liigesed ja maks.

Iseloomustav on siseelundite süüfilisele ka haige samaaegne rahuldav enesetunne ja kurtumuse puudumine isegi raskemate muutuste korral elundites, välja arvatud seedeelundite süüfilis.

Siseelundite süüfilise nähud sarnanevad sageli teiste sisehaiguste nähtudega, mis nõuab vähimagi kahtluse korral vere uurimist süüfilise suhtes. Et Wassermanni reaktsioon on siseelundite süüfilise puhul võrdlemisi sageli negatiivne, peab süüfilisekahtluse püsimisel toimetatama ka liikvori ehk seljaajuvedeliku uurimist ja süüfilisevastast proovravi, mis viimane on kahjutu, kui haige ei põe samaaegselt mittesüüfililisi neerude, maksa ja teisi raskeid haigusi. Ka vähi korral ei tohi süüfilisevastast proovravi liiga kaua jätkata, sest vähi kulgemine muutub siis palju kiiremaks ja vähk ise mitteopereeritavaks.

Sageli kannatavad siseelundite süüfilise all inimesed, kellel pole aimugi süüfilise olemasolust enesel. Nende seas on naisi, kellel minevikus on olnud iseeneslikke aborte või surnud laste sünnitusi, ja isikuid, kel on olnud tühistel põhjustel luumurde, väga visalt paranevaid paiseid või mädaseid haavandeid (eriti jalasäärel — tõmboonte laiendiga ja ilma), paranemata sisevaevusi, sagedasi ning pikaldasi pea- ning luuvalusid, suurt närvilisust.

Sageli kannatavad siseelundite süüfilise all ka need haiged, kes on teostanud ravimist omapead, apteekidest või väärarstidelt saadud ravimitega, millega lasksid ühtlasi mööda minna õige aja süüfilise korralikuks ravimiseks. Õigeaegsel korralikul ravil on aga suurim tähtsus, sest see hoiab kõige paremini ära siseelundite haigestumist.

Siseelundite süüfilisse haigestumise ja üldse hilissüüfilise juhtude tunduv vähenemine igal pool viimasel paaril aastakümnel ei ole tingitud süüfilise tekitaja (kähkja spirohheedi) bioloogilistest muutustest ega inimorganismi tundlikkuse kahanemisest nakkuse

vastu, vaid majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste elutingimuste paremaks muutumisest, eriti aga raviviiside täienemisest ja ravi laiematele rahvahulkadele kättesaadavamaks tegemisest. Siseelundite süüfilise ära tundmist raskendab sageli asjaolu, et haiged salvavad arstile varem põetud süüfilist, mis võib arsti eksiteele viia ja haigele saatuslikuks osutada. Kuigi arst leiab haigel mõne teise, mittesüüfililise tõve, võib veel tervistumata süüfilis suurel määral pidurdada selle teise haiguse paranemist ja nõuda ka enese, s. o. süüfilise samaaegset edasiravimist.

Siseelundite süüfilise ravi tulemused sõltuvad sellest, kui kaugele oli arenenud haigusprotsess elundis enne süüfilisevastase üldravi ettevõtmist. Ses mõttes on iga päev kallis, sest raviga hilinemine võib haigele saatuslikuks osutada. Hilissüüfilise ravi peab alati algama joodi-, vismuti- või elavhõbeda-preparaatide tarvitamisega, millele alles hiljem, 2—3 nädala pärast, võib juurde võtta arsenobensooli väikeste, aeglaselt suurenevate annuste süstimisest lihastesse või verre. Raviga liialdamine võib tuua parandamatut kahju.

Enne üksikute siseelundite ja nende süsteemide süüfilisse haigestumise lühidale vaatlusele asumist käsitleme mõne sõnaga ka süüfilisest tingitud üldtervise häireid.

A. Üldtervise häired.

Süüfililine palavik. Kuigi süüfilis üldiselt kulgeb ilma palavikuta, võib ta siiski põhjustada lühema- või pikemaajalist kehasoojuse tõusu. Palaviku kuju on niihästi vahelduv kui ka püsiv.

Kõige sagedamini esineb palavik roseoolide väljalöömise ajal või veidi enne seda. Temperatuur, hommikuti tavaliselt normaalne, tõuseb õhtuks 37,5—38°-ni ja harva ka 40°-ni. Enamasti kestab säärane palavik vaid mõne päeva, harvemini 1—2 nädalat, harva isegi mõne kuu. Palavikku saadavad, nagu teistegi nakkuste puhul, peavalu, isutus, pisted või valu mitmekesistes kehaosades jne.

Harilikult kulgeva süüfilise puhul põhjustavad tema retsidiivsed lööbed vaid harva palavikku, kuid pahaloomuse süüfilise korral alati. Palaviku selgitamisel võib arsti eksiteele viia, kui haige salgab oma olemasolevat või varem põetud süüfilist.

Eriti sageli põhjustab kuid ja aastaid vältavat palavikku maksa süüfilis.

Tiisikuse palavikust erineb süfiliitiline seega, et haigel püsib alal võrdlemisi hea üldtervis ning töövõime ja puuduvad tiisikuse nähud ning pisikud. Kuid mõnikord jäävad ka palavikuga süüfilishaiged kõhnaks, kehverreseks, higistavad öösiti ja kurtuvad aja jooksul, vaatamata heale toitumusele ja organismi kõvendavale ravile, eriti kui palavik kestab kuid. Ka on võimalik, et haigel on korraga niihästi süüfilis kui ka tiisikus (vt. kopsu süüfilis, lk. 87).

Kui haigel puuduvad teised palavikku tekitavad haigused, siis on vajalik toimetada vereproovi, liikvori uurimist ja proovravi. E. Salkind kirjeldab juhtu, kus ühel naisel palavik vältas 8 aastat, hommikuti $37,0-37,2^{\circ}$, öhtuti $38-39,5^{\circ}$, peaaegu iga-öise higistamisega. Teda uuriti iga haiguse suhtes, kuni lõpuks leiti õige põhjus — latentne süüfilis, millest haigel enesel aimugi polnud, seda enam, et tal esimesest mehest oli terve tütar. Üheainsa süüfilise ravikuuri järel muutus temperatuur hommikuti normaalseks, püsidis öhtuti vaid $37,0-37,2^{\circ}$.

Süfiliitiline peavalu (*cephalea syphilitica*). Sagedased peavalud, eriti öösi, on alati süüfilisekahtlased ja nõuavad vere ning veel rohkem liikvori uurimist. Muidugi pole mitte iga püsiv ja sageli korduv peavalu tingitud süüfilisest, sest ka kopsu-, mitmekesised närvi- ja soontehaigused, ajukasvajad, südamerikked, mao-soolte häired, neeruvaevused, kroonilised mürgistused, koljuvigastused jne. põhjustavad kestva peavalu. Kui leidub ka teisi süüfilise tunnuseid, on peavalu põhjuse kindlaksmääramine ja tema kõrvaldamine võrdlemisi kerge. Nende tunnuste puudumisel tuleb süüfilisekahtlaseks lugeda iga peale 40-ndat eluaastat sageli esinev peavalu, sest siis võib tegemist olla närvisüsteemi süüfilisega.

Süfiliitiline sigimatus. Süüfilis, nii kaasasündinud kui ka omandatud, põhjustab umbes 20% kõigist juhtudest sigimatust, meestel munandite ja munandimanuste, naistel emakakaela, emaka, munajuhade ja munasarjade süfiliitiliste vigastuste tagajärjel. Seejuures võib sigimatus olla ajutine või alaline. Närvisüüfilise puhul on täheldatud 15—20% haigetest absoluutset steriilsust. Ühe munandi põletikuline protsess võib „reflektorselt“ pidurdada ka teise munandi sekretsiooni. Spermatozoidide puudumine seemnevedelikus võib esineda ka ilma munandite nähtava vigastuseta ja mööduda ravi toimetel. Uurimisele võetud meeste seemnes ehk spermas leiduvad kahkjad spirohheedid ainult siis, kui nad on sinna sattunud sperma väljapääsuteedelt. Ka naiste steriilsus süüfilise tagajärjel võib olla vaid ajutine, muutudes jäädavaks raviga hilinemisel.

Munasarjade süüfilis võib põhjustada kuuverede enneaegset ehk varajast ärajäämist, mille tagajärjeks on muidugi sigivõime kaotus. Kuuverede puudumine suguküpsedel tütarlastel on sageli tingitud kaasasündinud süüfilisest.

On kirjeldatud juhtumeid, kus näilikult tervetel ja negatiivse vereprooviga (WaR) naistel saavutati süüfilisevastase raviga rasedaks jäämist 8—14 kuu vältel, eriti kui seda ravi kombineeriti opoteraapiaga.

Süüfiitiline suhkurtõbi. Suhkurtõve põhjuseks võib olla omandatud süüfilis. Seepärast peab vähimagi kahtluse korral suhkurtõbist uuritama ka süüfilise suhtes ja eitava vereproovi korral toimetatama vere provotseerimist ehk reaktiveerimist arsenobensooliga, ka siis, kui haige ise ei tea midagi süüfilise võimalusest enesel. Urijate arvamused süüfiitikuteprotsendi kohta suhkurtõbiste hulgas on vägagi kõikumad (5—50%), mis suurel määral sõltub sellest, kuivõrd põhjalikud on teostatud uurimised. Süüfilise teises järgus esinev suhkurtõbi kaob arsenobensooliga ravimisel kiiresti, kuna kolmandas järgus, 8—30 aastat pärast nakkust esinev suhkurtõbi nõuab eelravimist vismuti või elavhõbedaga. Raskeil juhtudel võib süüfilisevastast ravi täiendada dieedi ja insuliiniga, mis suurendab ravi toimet. Kui süüfilisevastane ravi ei aita, tuleb ta järele jätta, et haige seisundit mitte halvendada. Suhkurtõvega kaasaskäivad krooniline tuiksoonte põletik, kärbus, silmanärvide halvatused ja reflekside puudumine võivad olla ka süüfilisest tingitud.

Eriti sageli käib suhkurtõbi kaasas kõhunäärme süüfilisse haigestumisega.

Süüfilis ja vähk. Süüfilis soodustab pahaloomuste kasvajate tekkimist seega, et ta nõrgestab koe vastupanujõudu. Eriti sageli tekib süüfilishaigeil vähk keelele, mida näib soodustavat suitsetamine. Dr. Frey Londoni vähihospidalist leidis keelevähi-haigeist 31%-l olevat süüfilise, emaka- ja emakakaelavähi-haigeist 13,3%-l; maovähi-haigetest oli 15,4%-l positiivne WaR. Kirurg C. Ryall leidis aga, et keelevähi omanikest 80%-l oli süüfilis minevikus. Naised, kellel süüfilis on avastamatuks jäänud, surevad sageli juba võrdlemisi noores eas rinna- või emakavähi tagajärjel. Seepärast omab süüfilise õigeaegne ja küllaldane ravi suurt tähtsust ka võitluses vähi vastu. Et lagunevad hilissüüfilise nähud võivad anda vähitaolise pildi, on vereproov süüfilise suhtes ja lühiajaline proov-ravi vähimagi kahtluse korral tarvilik.

B. Elundkondade süüfilis.

Mahlasoonte ja -näärmete süüfilis.

Nagu tõestavad katsed loomadega, võivad kahkjad spirohheedid esialgselt nakkuskohast mahlasoonte ja veresooneseinte mahla-kapillaaride kaudu organismis kiiresti levida, mõnikord juba enne kõva šankri teket. Seega moodustab mahlasüsteem ja eriti selle näärmeline kude vajaliku pinna süüfilise levimiseks kehas, haigestudes ise igal pool, kus ta spirohheetidega kokku puutub. Süüfilise esimestel kuudel, hiljemalt $\frac{1}{2}$ aasta vältel, püsivad mahlanäärmed oma suurenemise tipul, kujutades enestest mahlasüsteemi üldreaktsiooni spetsiifilisele viirusele; siis nad vähenevad, kortsuvad, muudavad kuju, jäädes kõvadena ja ebaelastsetena püsima tavaliselt eluajaks. Iseenesest ei lähe süüfilise tagajärjel suurenenud näärmed kunagi mädanema, mis võib aga aset leida seganakkuse juurde-tulekul. Gumma areneb mahlasoontes ja -näärmetes väga harva.

Juhtudel, kus pole täpselt teada mahlanäärmete suurenemise põhjus, peab selles alati kahtlustama süüfilist, seda enam, et latentne süüfilis väljendub sageli ainult mahlanäärmete suurenemise kujul, ja pole väga haruldane nähtus, kus inimene on süüfilisse haigestunud ilma kõva šankrita.

Vereringe-elundite süüfilis.

Vereringe-elundite haigestumine süüfilisse on võrdlemisi sagedane nähtus ja tema juhtude arv viimasel ajal kasvab, mida võib panna haigestumise parema äratundmise ja nüüdisaja rohkem südant koormava ning pingutusi nõudva elutempo arvele. Kõigist siseelunditest haigestubki vereringe-elundkond süüfilisse kõige sagedamini. Haigestub nii süda kui ka soonestik ja viimane sagedamini kui esimene. Kui nende haigestumisel süüfilise varajases teises järgus pole erilist tähtsust õigeaegse ravi korral, mis paneb haiguse arenemise seisma või kõrvaldab selle juba algidus, siis on südame ja soonte haigestumine süüfilise hilisperioodil seda tõsisem ja ohtlikum, sest paljudki juhud lõpevad haige surmaga, mis sageli saabub äkitselt ja ootamatult.

Suur osa äkilistest surmadest ongi süüfilise põhjustatud. Haigestunud südame tegevus lakkab, mõni peaju soon või suurtuiksoon (aort) lõhkeb või rebeneb. Kõigist südamesüüfilise juhtudest lõpeb

äkilise surmaga 33—50%. Äkilise surma tulekut soodustavad täis-
söödud kõht (diafragma kõrgelseis), astsiit (vesitõbi), sünnitus,
kuum saun ja vihtlemine, keha ülevalamine kuuma või külma veega,
sooja ihuga suplema minek, tugev massaaž, suguühe, pingutamine
roojamisel, vankris pörutamine ja kehaline ülepingutus tõstmisel,
jooksmisel, ronimisel, jalgrattaga sõitmisel jne., üldiselt momendid,
mis nõuavad vereringelt suuremat koormust.

Peale reuma ja tuiksoonte kõvastuse ehk lupjumise (arterioskleroosi) on süüfilis sagedaimaks südame ja soonestiku vigastumise põhjuseks, kusjuures haigestuvad palju sagedamini mehed kui naised, enamasti 10.—20. aastal peale nakkust, kuid ka varem või hiljem, isegi 30—40 aasta pärast. Ka kaasasündinud süüfilis põhjustab südame ja soonte rikkeid; need on olemas juba sündides või tekivad hiljem, varajases lapsepõlves. Seejuures võib oletada isegi sidet teise sugupõlve „päriliku“ süüfilisega. Ühtlasi soodustab kaasasündinud süüfilis lastel varajast soonte lupjumist ehk kõvastumist (juba 13- kuni 15-aastaselt) ja aneurüsme.

Vereringe-elundite süüfilisse haigestumise põhjuseks on spetsiifilise ravi puudumine või vähesus. Näib, et südame ja suurtuiksoone ehk aordi süüfilisega haigetest ei ole endid üldse ravinud 60%, ebaküllaldaselt ravitud on 35% ja küllaldaselt ravitud ainult 5%. Viimaste südame ja aordi haigestumise põhjuseks tuleb arvata ravi alustamisega hilinemist, selle ebaotstarbekat läbiviimist ja mitmesuguseid südant kurnavaid tegureid. Viimane väike arv on aga ka parimaks tõestuseks süüfilise praegusaja raviviiside mõjukusest ning väärtusest.

Südame haigestumist süüfilisse soodustavad kõik tegurid, mis kurnavad või vigastavad südant, nagu ägedad nakkushaigused, reuma, igasugused südant koormavad lialdused (kehalsed ülepingutused, alkoholism, sagedased hingelised ärritused) ja trauma. Omalt poolt soodustab süüfilis soonte lupjumise varajast tekkimist.

Vereringe-elundkonna süüfilisel puuduvad temale iseloomustavad haigustunnused, sest samaseid nähte annavad ka mitmed teised haigused, alkoholism ja tinamürgistus. Wassermanni reaktsioon võib olla negatiivne, mistõttu vereringe-elundite haigestumisel omavad arstile suurt tähtsust haigelt saadud andmed, olemasolevad välised süüfilisnähud ja tagajärjekas ettevaatlik proovravi.

Südame süüfilis. Et ka süda võib haigestuda süüfilisse, seda tõestasid 1844.—45. aastal Ricord ja Lebert. Süfiliitiline protsess areneb peamiselt südame lihaskihis (*myocarditis syphilitica*),

kust ta võib levida sisekestale (*endocarditis*) ja südamepaunale (*pericarditis*). Mõnikord haigestuvad kõik südamekestad (*pancarditis*). Protsess areneb aeglaselt, salaja, haigele algul tähelepanematult. Haige tunneb vaid rõhumist rinnus, kohinat kõrvades, tuima valu ning tuska südame piirkonnas, südamepekslemist ja närvilisust (neuroosi), südame ebakorrapärasest tegevusest („süda jääks nagu seisma“), vere tungimist pähe, peapööritust, eriti kummardumisel, peavalu, kergemagi töö puhul ruttu tekkivat väsimust, valu lülisamba piirkonnas, selja külmetamist, tuimust mõnes kehaosas. Esinevad ka hingeldus, põhjendamata kurvameelsus ja korratu pulss. Kuid kõik eeltoodud nähud võivad esineda ka teiste haiguste ja südame mittesüfiliitilise vigastuse puhul.

Süfiliitilise müokardiidi algpõhjuseks on enamasti südamesoonte spetsiifiline kahjustus (düstroofiline müokardiit), kuid ta võib tekkida ka esmaselt, ilma soonte vigastusega, süüfilisviiruse otsesest mürgisest toimest südamelihasele. Kaugele arenenud juhtudel leiab aset südame laienemine ehk dilatatsioon.

Südame välis- ja sisekesta haigestumise süfiliitilist iseloomu on niisama raske kindlaks määrata kui lihaskesta omagi, sest ka neil puuduvad isepärased tunnused. Diagnoosimist kergendab asjaolu, et südamega koos on süüfilisse haigestunud mõnikord veel mõni teine siseelund.

Kõik süüfilise varajases teises järgus esinevad südamevigastused mööduvad õigeaegse süüfilisevastase raviga kiiresti ja jäljetult, omandades tõsise ning ohtliku iseloomu vaid nakkuse hilisperioodil. Siis areneb südamelihases kas kudedevaheline või muhuline gummoosne protsess, millise mõlema kuju tagajärjed on rasked ja sageli saatuslikud.

Interstitsiaalne südamelihase põletik tekib pesade ja vöötmete kujul ja selle tagajärjeks on tavaliselt käsnjas väärastus (*myocarditis fibrosa*), mis süüfilismürgi kaasabil hävitab lõpuks lihaskiud. Kui haigusprotsess haarab ka südamevatsakese seina näsalihasid või aordiklappe, siis on selle tulemuseks südameklappide vigastumine (*vitium cordis*).

Gummoosse protsessi puhul tekivad südamelihases herne- kuni kanamuna-suurused isoleeritud või üksteisega liitunud muhud, mida mõnikord ümbritseb fibroosne kapsel. Muhud võivad lihastest levida südame välis- ja sisekestale. Lõpptulemuseks on gummade lupjumine või lagunemine ja selle tagajärjeks haige surm.

Süüfilise hilisperioodil esinev müokardiit saab oma alguse enamasti südamesoonete haigestumisest; seejuures on vigastatud tavaliselt kõik tuiksoonte seinte kestad, peamiselt siiski sisekest, mille põletik võib põhjustada soone ummistumist (*arteriitis obliterans*) ja haige äkilist surma. Mõnikord elavad südamesüüfilisega haiged ettevaatliku ja otstarbeka ravi abil veel paljugi aastaid.

Veresoonte süüfilis (*vasculitis syphilitica*). Kerged põletikulised muutused leiduvad arterides (tuiksoontes) ja veenides (tõmbsoontes) juba süüfilise varajases teises järgus. Väiksemate soonte põletikul, mis käib kaasas peaaegu kõigi süüfilisnähtudega, pole erilist tähtsust, sest see möödub kiiresti ja jälgi jätmata, eriti ravimisel. Küll võivad ka rasked, topistumist ja verejookse põhjustavad muutused veresoontes esile tulla juba süüfilise esimestel nädalatel, isegi enne primaarafekti paranemist, kuid seda juhtub harva.

Nii veenide kui ka arteride haigestumine algab soone väliskes-
tast, kust üle läheb lihas- ja sisekestale. Kõige rohkem vigastub seejuures soone lihaskest.

Suuremate veenide põletik (*phlebitis syphilitica*) esineb süüfilise hilisperioodis harva, teises järgus ka mitte sageli ja enamasti mitmes tõmbsoones korraga. Kohati jämenenud ja kõvenenud veenid tunduvad komplemisel sõlmedega kaetud köiäna, olles vaid vähe valulikud ja kergesti edasi-tagasi liigutatavad. Nahk nende kohal on normaalne. Mõnikord esineb süfiliitiline tõmbsoonepõletik ka ägedal kujul, eriti jalasäärtel, moodustades väiksemaid või suuremaid valusaid põletikulisi sõlmi, mis sarnanevad reumast ja tiisikusest tingitud sõlmekujulise erüteemiga (*erythema nodosum*). Sõlmede piirkond on põletikuliselt tursunud, nahk punetav, valulik ja sõlmedega liitunud. Vastandina sõlmekujulisele erüteemile võivad süfiliitilised sõlmed pehmuda ja paisestuda.

Veenide sisekesta põletiku tagajärjel võib ummistuda soone valendik ehk õõnsus, mistõttu seal tekib tromb või topistus (*phlebitis obliterans*). Veenipõletiku põhjuseks on süüfilismürgi toime ka kuidagi teisiti nõrgestatud soonele. Tõmbsoonepõletiku tekkimist soodustavad kehalised ülepingutused. Süfiliitiline tõmbsoonepõletik põhjustab võrdlemisi sageli haavandite tekkimist jalasäärel, mis vägagi sarnanevad tõmbsoonte komude ehk vaariksi toimel tekkinud haavanditega. Sageli esinevadki süfiliitilised haavandid kõrvuti tõmbsoontekomudega, soodustades vastastikku üksteise tekkimist. Seepärast peab visalt püsivate säärehaavandite puhul haigele

alati tehtama Wassermanni reaktsiooni verega. Süüfilisevastane ravi kaotab veenide põletiku ja süfiliitilised haavandid kiiresti.

Gummoosne protsess areneb veenides harva esmaselt, levides sinna tavaliselt naaberkoest.

Tuiksooned haigestuvad süüfilise tagajärjel palju sagedamini kui tõmbooned. Väikeste tuiksoonte äge või krooniline põletik esineb siiski harva, möödudes vastava raviga kiiresti. Ravi puudumisel võivad väikesed tuiksooned põletiku tagajärjel ummistuda, mis põhjustab vastava kehaosa puudulikku varustamist verega ühes toitehäirete ja valulikkusega samas piirkonnas. Põletiku tõttu võib väheneda ka tuiksoone seina elastsus, millest tekib tuiksoone laiend (aneurüsm) ja lõpuks ka nõrgenenud sooneseina rebend ühes verejooksuga.

Suuremad tuiksooned haigestuvad peamiselt süüfilise hilisjärgus, haige vanemas eas, keskmiselt 15—20 aastat pärast nakatumist. Sooneseinas esineb kas krooniline põletik, mis põhjustab elastsete kiudude hävimist ja side- ning armkoe moodustumist (käsnyas ehk tüükaline sklerooos), või gummoosne infiltraat. Enamasti esinevad süfiliitilised protsessid ajutuiksoontes ja suurtuiksoone algosas, mis asetseb rindkeres.

Ajutuiksoonte sisekesta põletik pole süüfilisele isepärane, sest ta tekib ka teiste haiguste tagajärjel. Kui ajus ummistub mõni ilma kõrvalharudeta tuiksoon (*endarteriitis obliterans Heubneri*) või väiksema soone rebendi tagajärjel tekib verejooks ajusse (nn. ajurabandus), siis on selle tulemuseks ajuhäired [halvatused, lühemat või pikemat aega vältav vaimne nürisus (*pseudoparalysis*) jne.]. Soone sisekesta põletikust tekkiva topistuse eel käivad tavaliselt tuim peavalu, kerged halvatused ja silmapõhja muutused.

Eriti areneb ajutuiksoonte süüfilis basaalseis veresoones, ajusilas, nelikküngastiku ja *art. fossae Sylvii* piirkonnas, millega käsi käes esineb ühe kehapoole halvatus. Süfiliitilised halvatused tekiavad enamasti öösi. Sõltuvalt soonerebendi asukohast lõpevad verejooksud ajusse ajutiste või jäävate halvatuste ja poolhalvatustega (pareesid), millega haige võib elada veel aastaid, või haige surmaga.

Tähtsamaid ja tõsisemaid tuiksoonte süüfilisse haigestumisi on suurtuiksoone ehk aordi haigestumine (*aortitis syphilitica*), millise haiguse juhtude arv on viimase 30 aasta vältel kolmekordistunud. Aordi sagedamini haigestumise põhjuseks on nüüdisaegne südant ning sooni rohkem koormav elutempo, aga selle hai-

guse juhtude arvu suurenemine sõltub osaliselt ka praegusaja parematest diagnoosimisvõimalustest. Aortiit esineb harva süüfilise varajasel teisel järgus, kuid seda sagedamini hilisperioodil, 20—25% hilissüfiliitikuist, kolm korda sagedamini meestel kui naistel ja eriti neil, kes ennast puudulikult on ravinud nakkuse alguses. Haigusprotsess areneb väga aeglaselt, haigele tähelepanematult, peamiselt aordi lihaskestast (*mesaortitis syphilitica*), kust levib aordi seinas asetsevate veresoont toitvate väikeste arteride kaudu ka sise- ja väliskestale. Aordisüüfilise puhul haigestub süüfilisse sageli ka närvisüsteem ja ümberpöörduvalt, samuti mõni siseelund.

Varajasemaks aordi haigestumise tunnuseks on hingeldamine peale kehalist pingutust või ka iseenesest hooakaupa, isegi öösi. Säärane hingeldamine võib aastate vältel olla suurtuiksoone süüfilise ainsaks sümptomiks, samuti valu rinnaluu taga kehaliste pingutuste puhul. Väljaarenenud juhtudel, eriti aordilaiendiga (aneurüsmiga), vaevavad haiget sageli peapööritus, südamepekslemine (isegi mõõdukate liigutuste puhul), liigne närvilisus, unetus, mitmesugused närvide valud, jalgade turse peksluu piirkonnas, tume valu rinnaku taga, mõnikord ka rõhumistunne ja hooakaupa tekkiv terav valu südame kohal, nagu see esineb südamevoolmete ehk rinnaangiini (*angina pectoris*) puhul. Valu võib olla piinavalt tugev ja kanduda rinnust kätte ja õlgadesse. Mõned haiged kaebavad valu üle ülakõhus ja abaluude vahel, mis algul tekib liigutuste järel ja kestab mõne minuti, sundides haiget rahule. Hiljem tekivad valuhood ka voodis rahulikult lamamisel kas väikese erutuse tagajärjel või ilma nähtava põhjusega (rahulikus olekus võib valuhooget põhjustada ka pärgarteride skleroos (*coronarsclerosis*)). Nagu rinnaangiini puhul, nii esineb ka aordihaiigel rahutus- ning hirmutunne — iseloomustavalt aordisüüfilisele — isegi siis, kui valu täiesti puudub. Enamasti valdab aordihaiget surmahirmutunne siiski südamevoolmete ehk südamekrambiga sarnanevate valuhoogete ajal, mil teda võib tabada äkiline surm. Valuhoogete ajal ei tarvitse vererõhk kõrgenenud olla, vaid ta on mõnikord normist isegi madalam. Rinnaangiini põhjuseks ongi sageli süüfilis.

Aordisüüfilise tagajärjel tekivad aordi seinas raviga hilinemisel sageli paiksed kotitaolised laiendid ehk aneurüsmid (*aneurysma aortae*). Nende tekke põhjuseks on aordi seinu toitvate väikeste arteride ahendumine ning ummistumine nende sisekesta

põletikust (*endarteriitis obliterans*), mille tagajärjel aordi sisekest (*intima*) kortsus ja kaotab oma elastsuse; hävivad ka suurtuiksoone sein lihaskiht ja elastsed kiud, mille tagajärjel soone sein muutub liiga nõrgaks ja paikseks laieneb (venib välja).

Aneurüsmid võivad tekkida ka teiste haiguste ja mürgistuste tagajärjel, kuid üle 40—50 aasta vanuseil isikuil on nad 90% juhtudest süfiliitilise päritoluga. Algul sarnanevad aordi aneurüsmi nähud eelmainitud suurtuiksoone süfiliitilise põletiku nähtudega, kuid sõltuvalt laiendi asukohast, suurusest ja tema rõhumisest ühele või teisele elundile esinevad veel mitmesugused teised nähud, nagu mao ja soolte häired, hammaste ragistamine unes, verine röga, krooniline bronhiit, alatine kõha, raskendatud neelamine ja hingamine (rõhumine söögi-, kopsu- ja hingetorule), häälepeela halvatus, mis muudab haige hääle kähisevaks, mitmesugused teised halvatused ja valud (rõhumine vastavatele närvidele ja närvisõlmedele), ishiase-taoline valu jalas (rõhumine lülisambale); tursuda võivad ka kaela-sooned ja võib suureneeda ühepoolne silmaava, võib esineda ühe kehapoole higistamine jne. Suure aneurüsmi rõhumine võib põhjustada isegi rinnaku-, roide- või mõne lülisambaluu purustust ehk usuuri. Haigel väheneb tunduvalt töövõime, ta ilme on hall ja halb. Muidugi ei esine kõik eelmainitud nähud ühel haigel korraga, vaid ainult väike osa neist.

Süüfilise põhjustatud aneurüsmid võivad tekkida ka aju-, maksa-, põrna-, kopsu- jne. tuiksoones. Aneurüsmis võib tekkida tromb ehk hüüvis, mis võib põhjustada mõne veresoone topistust.

Umbes poolel osal juhtudest tekivad aordi aneurüsmid suur-tuiksoone rindkeresiseses osas, s. t. tema alguses, siis tema poogna ja kõige harvemini kõhusiseses osas, kusjuures aneurüsm võib areneda tugeva rusika suuruseks.

Aneurüsmi sein muutub raviga hilinemisel tavaliselt 1—2 aasta vältel niivõrd õhukeseks, et ta rebeneb. Harva elavad kaugemale arenenud ravimata aneurüsmiga haiged üle kahe aasta. Küll võib aga väikese aneurüsmi rebenemine mõnikord tekkida haigele tähelepanemata ja iseeneslikult tervistudagi. Ka aordi väiksemaulatuslik rebend ei tarvitse alati otseselt lõppeda surmaga. Rebendi eel tunneb haige tugevat kiskuvat valu rinnaku taga, mis võib kesta mitu päeva; rebendiga kaasas käivad šokk (vapustus), tugev kahvatus, suur rahutus, vältav jõuetus. See lõpeb enamasti surmaga, kuid võib ka mööduda, et varem või hiljem uuesti esineda ja surmaga lõppeda.

Nende suurte sümptomide asemel võivad esineda ka väikesed: selja- ning neerualu, mõlemate käte või jalgade halvatus (*paraplegia*), poole keha halvatus.

$\frac{2}{3}$ surmajuhtudest süüfilise tagajärjel on tingitud aordi haigestumisest, osa neist temas tekkinud aneurüsmi rebenemisest ja sellele järgnevast verejooksust.

Juba tekkinud aneurüsmi enam kõrvaldada ei saa; küll õnnestub raviga ära hoida aneurüsmi suurenemist ja sellega pikendada haige eluiga. Varajane küllaldane ja otstarbekas süüfiliseravi aga suudab aneurüsmi tekkimist hoopis ära hoida.

Aordilt kandub süfiliitiline protsess sageli aordiklappidele, põhjustades nende puudulikkust ehk insufitsientsust. Sel puhul laieneb poolkuuklappide suistik ja klapid ei sulgu korralikult, mis põhjustab vere tagasivoolu (*regurgitatio*) tulnud teed. See raskendab südametegevust, mille tagajärjel südame ruumala ehk maht suureneb, s. t. süda laieneb, eriti vasem vatsake. Aordiklappide puudulikkuse korral on vererõhk enamasti kõrge, eriti valuhooegade ajal. Aordiklappide puudulikkusega ühes areneb ka südamelihase väärastus (*myodegeneratio cordis*) ja südame insufitsientsus. Raviga hilinemisel varitseb haige elu surmaoht. Aordiklappides ja näsalihaastes tekkiv süfiliitiline infiltraat võib lõppeda haige äkilise surmaga.

Ka südame p ä r g a r t e e r i d e süüfilisse haigestumine on niisama ohtlik kui aordi ja ajuarteride süüfilis. Peale süüfilise põhjustavate pärgarteride ahendumist tuiksoonekõlvastus ehk arteriosklerosis ja teised veresoonte haigused. Süüfilis soodustab omakorda arteriosklerosisi teket. Pärgarteride suistikkude ahendus tekitab südamevoolmeid ja südame insufitsientsust.

Veresoonte süüfilise ä r a t u n d m i n e võib mõnikord raskusi tekitada ja sageli avastab seda ainult Wassermanni reaktsioon vere ning liikkvoriga ja läbivalgustamine röntgeniga. Viimane on eriti tähtis aordi haigestumise puhul. WaR on aortiidi ja aneurüsmi puhul positiivne vaid 80—90% juhtudest, mistõttu negatiivne WaR ei eita üksi veel aordisüüfilise võimalust. Ka võib haigel WaR olla vahelduvalt negatiivne ning positiivne ja seda isegi mõnepäevaste vaheaegade järel. Vere reaktiveerimine ei mõjuta tunduvalt WaR-i tulemusi. Kui WaR tehakse varsti peale vere võtmist, on ta sageli negatiivne, aga vere seismisel jääkapis 2—3 päeva on reaktsiooni tulemus positiivne.

Röntgeniga läbivalgustus võib aordi- ja südamesüüfilise avastada ammu enne kliiniliste nähtude ilmumist. Kuid röntgen võib anda normaalse aordi ja südame pildi ka nende haige olles. Ka elektrokardiogramm võib jääda leidudeta. Seepärast peab diagnoosimisel arvestatama veel reflekside olukorda (*pupilla, patella* jne.) ja eriti haigelt saadud andmeid (haige ei tohi arstile kunagi salata süüfilist oma minevikus). Arvestada tuleb ka haigetele teadmata kaasasündinud süüfilise võimalust. Varajane diagnoos on väga tähtis, sest siis võib süüfilisevastane ravi otse imet teha, kuna raviga hilinevuid tabab surm alati varem ja mitu korda sagedamini. Oigeaegse otstarbeka raviga võib saavutada isegi haige täielikku tervistumist. Ka verejooksude järel peaauges (*apoplexia*) saavutatakse mõnikord täiesti rahuldavaid tulemusi; kuigi haige ei tervistu täielikult ja kõik verejooksuga kaasaskäivad nähud (*pareesid* jne.) ei kao, võib haige elada veel palju aastaid. Selles suhtes on süüfilisest tingitud verejooksud vähem ohtlikud kui need, mis sõltuvad soonte lupjumisest.

Nüüdsel ajal lasevad isegi süfiliitilised aneurüsmid endid rahuldavalt ravid, kui need avastatakse varakult, s. t. kui nad pole veel suureks arenenud. Raviga peab aga olema väga ettevaatlik, eriti südame pärgarteride kaasahaigestumisel, mil arsenobensooli süstimine võib põhjustada nende ummistumist (*Herxheimeri reaktsioon*) ja haige otsest surma. Soonte- ja südamesüüfilise kulgemist halvendavad suhkurtõbi ja alkoholi ning nikotiini liigne tarvitamine.

Süüfilis ja veri; vere settereaktsioon. Varajases teises järgus põhjustab süüfilis verevärvniku (hemoglobiini) hulga ja punaliblede arvu vähenemist (süfiliitiline kloroos) ühes lümfotsüütide rohkenemisega, millel pole diagnoosiks tähtsust. Süüfilise arenemise ja punaliblede settimise reaktsiooni vahel valitseb aga kindel seaduspärasus: mida enam areneb süüfilis, seda kiiremini setivad punalibled, ja mida enam paraneb süüfilis, seda normaalsemaks muutub settereaktsioon. Ravi toimel muutub kiirenenud settereaktsioon järjekindlalt normile lähedamaks; sageli kiireneb ta ravi alguses, arvatavasti ravimite esialgsest provotseerivast toimest. Wassermanni ja settereaktsioon käivad käsikäes, paralleelselt. Varajase, retsidiiveeruva ja aktiivse kolmandase süüfilise juures nähtub mõlema reaktsiooni peaaegu täielik kokkusattumine. Esmase süüfilise puhul on settereaktsioon Wassermanni omast palju tundlikum. Diagnostilist tähtsust punaliblede settimisel süüfilise jaoks siiski ei ole.

Kilpnäärme süüfilis. Kilpnääre võib süüfilisse haigestuda samuti kui teisedki sisenõristusnäärmed. Tema haigestumiste puhul peabki alati esmajoones mõtlema süüfilisele. Süüfilise varases teises järgus vigastub kilpnääre (suurenemisega ja ilma) 50% juhtudest, eriti naistel, kel ta haigestub sagedamini kui meestel. Basedow' tõve põhjuseks on kuni 30% juhtudest süüfilis. Veel rohkem on kilpnäärmele kalduvust süüfilisse haigestuda siis, kui haigel on samaaegne tiisikus, tüüfus või hõõtsik. Tiisikus ja alkoholism põhjustavad kilpnäärme degeneratiivseid muutusi, mis mõjub kahjulikult süüfilise kulgemisele. Mõnede uurijate arvates põhineb kesknärvisüsteemi süüfilise harv esinemine naistel just kilpnäärme ja munasarjade omavahelisel koostööl. Sidet kilpnäärme suurenemise ja süüfilise kulgemise vahel kinnitab ka kilpnäärme preparaatide kasulik toime süüfilisprotsessile ja asjaolu, et loomadel, kel on kilpnääre välja lõigatud, näitab neosalvarsaan suurenenud mürgisust. Süüfilishaigetel küülikutel (kodujänestel) soodustab kilpnäärme väljalõikamine nakkuse generaliseerumist ja rohkearvuliste haigusnähtude (süfiliidide) arenemist. Kindel on ka side neosalvarsaanist põhjustatud nahapõletiku (dermatiidi) ja kilpnäärme talitluste puudulikkuse vahel. Nii siis etendab kilpnääre tähtsat osa süüfilisravimite talutavusel (tolerantsil). Hilissüüfilise perioodil ja ka kaasasündinud süüfilise puhul võib kilpnäärme arenda gumma, mis paraneb sügava armiga ja põhjustab näärme interstitsiaalset ning fibroosset väärustust.

Kilpnäärme süüfilise kulg on väga aeglane. Kilpnäärme enese mõju süüfilisele on seoses tema joodisisaldusega. Kui on vähe spirohheete, siis on kilpnäärme toime süüfilisprotsessile spetsiifiline.

Kilpnäärme süüfilise puhul on Wassermanni reaktsioon sageli negatiivne, mis nõuab provokatsiooni ettevõtmist türeoidiini ja neosalvarsaaniga või süüfilisevastast proovravi. Eriti proovravi on tõestanud, et osa kilpnäärme haigestumisi on ka siis süfiliitilise päritoluga, kui Wassermanni reaktsioon veres osutub negatiivseks.

Ajuripatsi ehk hüpofüüsi süüfilis. Ajuripats haigestub süüfilise varajasel perioodil 40—50% juhtudest, kujuures süüfilis põhjustab tema talitluse häireid. Algul tunnevad haiged vaid suurenenud janu ja kusetungi ja neid vaevavad sagedased peavalud öösi või hommikutundidel. Hiljem võib hüpofüüsi süüfilis põhjustada hüpofüsaarset rasvumist, kuid ka kurtumust (kahheksiat), suhkruta liigkusesust (*diabetes insipidus*), kehalise ning

vaimse arengu kängujäämist (infantilismi) ja kääbuskasvu, eriti kaasasündinud süüfilise puhul.

Röntgeniga läbivalgustamine näitab türgi sadula mõõtude vähenemist.

Kaasasündinud süüfilise puhul esineb ajuripatsis laialdane (difuusne) kudedevaheline põletik, omandatud süüfilise hilisperioodil aga gümma.

Süüfilisevastane üldravi annab häid tulemusi, eriti koos endokriinsete preparaatidega, kaotades varsti peavalud ja parandades üldtervislikku seisundit.

Põrna süüfilis (*splenitis syphilitica*). Nagu teistegi nakkushaiguste korral, nii suureneb põrn ka süüfilise puhul, ja seda juba süüfilise teises lõimetusjärgus. Põrnas tekib põletik, mida saadab kerge, tuim valu pahema külje alumise roide kohal ja põrna kõvemaks muutumine. Haiged kaebavad kergesti väsimise, jõuetuse, isutuse ja peapöörituste üle. Omandatud süüfilise puhul haigestub põrn 20—30% juhtudest, kaasasündinud süüfilise korral aga alati.

Süüfilise hilisperioodil haigestub põrn iseseisvalt harva, küll aga võrdlemisi sageli kõrvuti samaaegse maksasüüfilisega. Põrnas areneb kas interstitsiaalne põletik või gümma, enamasti esimene, kuid mõnikord üheaegselt ka mõlemad. Samaaegse maksasüüfilise puhul suurenevad maks ja põrn väga tugevasti — kuni kahekordseks ja enamgi, kusjuures põletik võib haarata ka põrna kapslit. See võib liiga suurest pingest lõhkeda, mida juhtub aga harva. Komplemisel on põrn kõva ja mittetundlik, maks aga valulik. Põletik põhjustab hiljem põrna sidekoe kortsumist, millest tema pinnale tekivad vaod. Gümma asemele jääb sügav arm, mis enam-vähem takistab põrna normaalset talitlust. Interstitsiaalse põletiku lõpptulemuseks on sageli põrna amüloidväärastus.

Põrna süüfilisega koos on sageli samaaegselt haigestunud aort.

Algul areneb kõik haigele peaaegu tähelepanematult ja põrna kohal mõõdukat valu — vajutamisel, käimisel, toiduga täidetud mao rõhumisel — tunnevad haiged vaid siis, kui kaasa on haigestunud põrna kapsel. Mõnel haigel on õhtuti väike palavik.

Liikumisaparaadi (luude, liigeste, lihaste, kõõluste) süüfilist on käsitletud eespool — teisese ja kolmandase süüfilise nähtude kirjeldamisel (vt. lk. 51). Samas käsitleti ka suguelundite süüfilist meestel ja naistel (vt. lk. 54).

Seedeelundite (söögitoru, mao, soolte, maksa, kõhunäärme) süüfilis.

Söögitoru süüfilis. Süüfilis võib tekitada söögitorus kroonilist katarri, mis põhjustab valu kogu rinna piirkonnas ja alatist pööratust. Üldiselt esineb söögitoru süüfilis väga harva ja sedagi peamiselt koos kesknärvisüsteemi süüfilisega, s. t. süüfilise hilisperiidil. Enamasti levib gummoosne protsess söögitorule naaberkoest, eriti kõrist (neelust) ja maost. Siis areneb söögitorus väiksema või suurema ulatusega gummoosne paistetus (infiltraat), mis võib tugevasti kitsendada söögitoru valendikku ehk õõnsust ja raskendada toidu läbiminekut, eriti kui tekivad armid haavandite paranemise järel. Haavandite lagunemisel tekivad uurised ehk fistulid, mis põhjustavad ebanormaalseid ühendusi naaberelunditega.

Et gummoosne protsess nõrgestab söögitoru seina vastupidavust, siis võib see teatud pingutuste ja oksendamisliigutuste puhul rebeneda, mis lõpeb haige surmaga.

Vereproov süüfilise suhtes on söögitoru haigestumise puhul sageli negatiivne, mis nõuab liikvori uurimist või süüfilisevastase proovrivi ettevõtmist, mis viimane on päästnud mõnegi haige elu.

Mao süüfilis (*gastritis syphilitica*). Süüfililised maohaavandid. Maosüüfilisel puuduvad temale isepärased nähud, eriti süüfilise teises järgus. Siis kulgeb maosüüfilis tavalise ägeda maokatarri ehk põletiku kujul kõigi selle nähtudega, nagu koormustunne kõhus, rõhatised, oksendamine, isutus, seedimishäired, tuim valu mao piirkonnas. Süüfilisekahtlus tekib, kui need nähud püsivad pikka aega ega alistu harilikule ravile ja dieedile, samuti siis, kui valud esinevad öösiti ning sõltumata söögiaegadest, või haige üldine enesetunne ei kannata ega teki temal kõhnumist. Süüfilisekahtlus tekib ka siis, kui maomahla uurimisel selgub, et soolhappe-sisaldus on tunduvalt vähenenud või koguni kadunud (*anaciditas*), misjuures maomahla eritus võib ise suurenenud olla.

Süüfilisevastase ravi puudumisel krooniliseks muutunud maosüüfilis võib põhjustada maomahla erituse täielikku lõppemist (*achylia*) ja mao näärmelise koe atrofeerumist (*anadenia*).

Hilises teises kui ka kolmandas järgus võib süüfilis põhjustada haavandite tekkimist maos (*ulcus ventriculi syphiliticum*). Arvatakse, et kõigist maohaavanditega haigetest on 10—30% haavandite põhjuseks süüfilis, misjuures osa haigeist ei teagi selle olemasolust. Süüfilise teises järgus sõltub maohaavandi

tekkimine kas otseselt maoseina süfiliitilisest muutusest või samaegselt närvisüsteemi süüfilisest tingitud (neuropaatilisest) maoseina vigastusest, mõnikord ka üleliigselt tarvitatud joodi ja elavhõbeda toimest mao limanahale. Sageli on selles perioodis tegemist mitte maohaavandiga, vaid valutava ja verdjooksva süfiliitilise haavandiga, mis ei anna kindlat röntgenleidu ega põhjusta alati ka maomahla keemilist muutust. Maohaavandite kujud on: verdjooksev, mulgustay, kitsust ehk stenoosi tekitav ja varjatud ehk salajane. Kõigi nende kujude puhul esineb suure enamikus maohappe vähesus või selle puudumine, kuna teised nähud on samased kui tavalisel (peptilisel) maohaavandil.

Kõik süfiliitilise maohaavandiga kaasaskäivad nähud — maosoolte häired, verine okse, veri väljaheites, valu jne. — ei paku midagi iseloomustavat süüfilisele, kuigi valud öösi ja sagedane puhta vere oksendamine (hemorraagiline maohaavand) näivad esinevat sageli maosüüfilise puhul, samuti kui maohappe vähesus või puudumine. Mõnede uurijate arvates ongi maomahla normaalne ja suurenenud soolhappe-sisaldus (eriti samaaegse kasvaja olemasolul) kindlaks maosüüfilise puudumise tunnuseks. Maohaavand soolhappe puudumisega peaks alati tähelepanu juhtima süüfilise võimalusele.

Röntgen ei võimalda süfiliitilise maohaavandi eraldamist harilikust.

Maohaavand võib mulgustuda (perforeeruv kuju) ja põhjustada surmatoovat verejooksu. Paranedes võib maohaavand põhjustada mao kitsendust (stenoseeruv kuju), eriti maolukuti (*pylorus'e*) piirkonnas. Varjatud iseloomuga maohaavandite tagajärjeks võivad olla mao kahe- ja kolmekambrilisus, kitsenemine ja mulgustumine.

Pikapeale põhjustavad ka süfiliitilised maohaavandid haige kurtumust, vaatamata heale toitumusele.

Kolmandas süüfilise järgus võib maoseinas areneda piiratum või ulatuslikum gummoosne infiltraat, milles varem või hiljem tekivad kõvade servadega paised. Kui gumma tekib maoseina seesmises limanahakihis, annab see maohaavandi pildi; tekkimisel maoseina keskmises silelihas- ja välises kõhukelmekihis sarnaneb pilt vägagi maovähiga (*pseudo-carcinoma*). Gummoosse haavandi paranemisel jääb tema asemele arm, mis võib muuta mao kuju liidete tõttu naaberelunditega või tekitada mao kitsust, eriti lukuti piirkonnas.

Maosüüfilis soodustab maos vähi tekkimist, nii et ühel haigel võivad korraga olla maosüüfilis ja maovähk, mis osutub kõige kurve-

maks kombinatsiooniks, sest vähi puhul on süüfilisevastase üldravi teostamine piiratud, kuna sel on vähiprotsessi halvendav ja kiirendav toime.

Mao tegevuse häired ja temas haavandite tekkimine võivad seoses olla ka närvisüsteemi süüfilisega, eriti seljaajukuivega (taabesega), mis nõuab enne opereerimist haige põhjalikku järelevaatust närvisüsteemi süüfilise suhtes, et lõikus ei osutuks asjatuks ega kasutuks.

Maosüüfilise ja süfiliitiliste maohaavandite ä r a t u n d m i n e ei ole kerge. Kõigi pikaldaste mao-soolte häirete, sagedase vereksendamise ja haisva kõhulahtisuse, verise rooja, öösiste maopiirkonna valude ja haige progresseeruva tugeva kõhnumise korral, vaatamata heale toitumusele, tuleb alati kahtlustada omandatud või kaasasündinud süüfilist. Et vereproov süüfilise suhtes võib olla negatiivne, peab vähimagi kahtluse korral toimetama Wassermanni reaktsiooni reaktiveerimist (provotseerimist) ja teostama süüfilisevastast proovravi. Raskusi tekitab ka maovähi eraldamine maosüüfilisest. Vähi kahtluse korral olgu proovravi väga ettevaatlik, et mitte aktiveerida vähki. Suurte valude ja verdjooksu haavandi puhul ei tohi tarvitada arsenobensoole, sest see põhjustab tugevat verevalangut, eriti veel siis, kui mao limanahal asetseb lihtnegi marrastus ehk erosioon. Süstida võib vismutit.

Eeltoodu põhjal peaks igale maohaavandiga haigele tehtama ka vere ja liikvori uurimist süüfilise suhtes, mis osutugu ennem asjatuks, kui et avastamata jääb süüfilis. Õigeaegne spetsiifiline ravi annab süfiliitiliste maohaavandite puhul alati häid tulemusi, kuna dieetravi jääb tagajärjetuks.

Soolte süüfilis (*enteritis syphilitica*). Süüfilise varajases teises järgus esineb soolte süüfilis peamiselt pärasooles, sealgi harva ja naistel sagedamini kui meestel. Sooles tekib põletik, mistõttu haiged kannatavad kõhuvalu ning kõhulahtisuse all. Valu võib olla väike, kuid kiskuv (*colica*), sageli on valus roojamistung. Esineda võib ka oksendamine.

Süüfilise kolmandas järgus võivad nii peen- kui ka jämesooles areneda üksikud isoleeritud gummad või gummoossed infiltraadid, mis enamasti tekivad pärasooles. Infiltraadid asetsevad soole seinas vööditaoliselt pikuti või põiki. Haiged kannatavad tugevate valude ja sagedase kõhulahtisuse all (5—10 korda päevas), misjuures roe ehk väljaheide on vesine, riisisupitaoline või limane, sisal-

dades seedimata toidu jäänuseid. See muidugi kurnab tugevasti haiget. Hiljem kõhulahtisus vaheldub tugeva kõhukinnisusega.

Peale gummoosse infiltraadi võivad pärasoole limanahas tekkida väiksemad või suuremad sõlmed, mis mõne aja möödudes lagunevad, tekitades kõvade servadega haavandeid (*syphiloma ano-rectale*). Siis on haigel algul tugev ja vältav kõhukinnisus, sooled on täitunud gaasidega, roojamine tavaliselt piinavalt valus. Need haavandid ja soole paistetus sarnanevad kasvajaga, millena neid on isegi opereeritud. Haavandite puhul leidub roojas verd ning mäda, mis annab roojale halva roiskumishaisu. Muidugi võivad veri ning mäda roojas tingitud olla ka teistest põhjustest (kasvajad, harilikud soolte haavandid, verikomud jne.). Haavandeid pärasooles tekitab ka selle tripper. Süüfilishaavandite asemele jäävad armid kitsendavad soole valendikku, eriti sageli pärasoole alumises osas, veidi kõrgemal pärakust, mis krampliku valu tõttu muudab roojamise haigele piinaks. Kitsused sooltes võivad tekkida korraga mitmes kohas. Soole kitsend põhjustab väljavenitusi ja mõnikord isegi täielikku ummistust ehk soolesulgust. Tugeva pingutuse korral roojamisel võib sool siis rebeneda. Haavand võib mulgustada soole seina, põhjustades surmatoovat mädaveresust, verevalumit ja kõhukelme põletikku.

Soole isoleeritud gumma võib paraneda iseenesest ja jääda seega tähelepanematuks, kuid enamasti põhjustab ta ebanormaalseid liiteid või ühendusi naaberelunditega seal tekkiva uurise kaudu. Nii võib tekkida ühendus pärasoole ja põie vahel (põie rektaalne uuris), mis põhjustab kuse eritumist ka pärasoolest. Omaenese praktikas olen näinud, et sellest võib haige süüfilisevastase ravi toimel hästi paraneda. Valeühendus võib tekkida veel pärasoole ja naise tupe ning emaka vahel jne. Kaksteistsõrmikus võib süüfilishaavand simuleerida harilikku peptilist haavandit ühes selle sümptomidega ja sagedase verevalumi võimalusega. Kõigi sooltenähtude süfiliitilise iseloomu avastab vereproov (WaR) või ettevaatlik süüfilisevastane proovravi.

Ravi puudumisel võib soolte süüfilis põhjustada haige surma ka üldise kurtumuse tagajärjel. Varakult ettevõetud süüfiliseravi annab aga alati häid tulemusi.

Maksa süüfilis (*hepatitis syphilitica*). Maks haigestub süüfilisse siseelundeist kõige sagedamini ja meestel 2—3 korda rohkem kui naistel. Enamasti haigestub maks süüfilise hilisperioodil, 10—20—30 aastat pärast nakkust, kuid ka hiljem või varem, juba

süüfilise teises lõimetusjärgus, isegi imikuil kaasasündinud süüfilise puhul ja lootel emaihus (vt. ptk. V, „Kaasasündinud süüfilis“).

Süüfilise esimesil kuil, harvemini esimesil aastail tekib 2—3% haigeist nn. varajane süfiliitiline kollatõbi (*icterus sphyiliticus praecox*), mis vältab 2—8 nädalat. Seda saadab sageli mõõdukas palavik, eriti õhtuti. Tihti esinevad haigel samaaegselt esmased või retsidiivsed süfiliitilised lööbed nahal ja limanahkadel (roseoolid, paapulid) või need olid alles hiljuti. Kollatõve põhjuseks on maksa parenhüümi süfilotoksiline põletik, mõnikord ka sapijuha ja -teede ummistus seal asetsevate paapulite või maksa-värati mahlanäärmete turse tõttu.

Maks on varajase kollatõve puhul veidi tursunud, komplemisel valulik, roe normaalset värvust või valkjam. Samal ajal võib aset leida põrna suurenemine ja tema kõvenemine ühes jalgade tursega (ödeem). Valu kui niisugune puudub.

Varajase kollatõve tekkimist soodustab kehv ja ebakorrapärane toitumus.

Selle süfiliitilise kollatõve ja maksapõletiku kõrvaldab vastav spetsiifiline ravi kiiresti.

Mõnikord harva järgneb süfiliitilisele varajasele kollatõvele maksa parenhüümi akuutne degeneratsioon, nn. maksa äge kollane kõhetus (*atrophia flava hepatitis acuta*), eriti alkoholikuil. See peaaegu alati surmaga lõppev raske maksahaigus, mille põhjuseks võivad olla ka teised nakkushaigused (tüüfus, kopsupõletik, sepsis) ja mürgistus fosforiga või mõnesuguste toiduainetega, on 5—8% juhtudest tingitud süüfilisest (spirohheetide toksiidid). Ta esineb vaid neil süfiliitikuil, kes pole oma süüfilist sugugi ravinud või on seda teinud puudulikult. Varajase kollatõve nähtudega seltsivad algul veel tugevad peavalud, isutus, unetus, suur erutus, mao-soolte häired, väike palavik, sageli ka valud maksas ja põrna suurenemine. Veresoonte seinte kahjustusest tekivad verevalumid nahas ja limanahkadel, mis viimased väljenduvad verises okses, kuses, roojas ja ninaverejooksudes. Maks väheneb järjekindlalt kiiresti, naha kollane värvus suureneb, pulss kiireneb (140—160 korda minutis), palavik tõuseb 39—40°-ni, tekivad jõuetus, unisus, mõistuse tumestus, kõne segasus, sonimine, mõnepäevased märatsemishood ja krambid, mis kõik lõpeb 2—3 nädala vältel haige surmaga. Sageli käib maksa ägeda kollase kõhetuse eel mõni nakkushaigus, alkoholi liigtarvitamine või suurem kehaline pingutus.

Süüfilise hilisperioodil võivad areneda maksas kas gummoosne protsess või kudede vahelise koe põletik ja nende tagajärjel amüloidväärustus. Kaks esimest haiguskuju esinevad mõnikord koos, kolmas seltsib nendega hiljem, kuid mitte alati. Amüloidväärustus võib maksas tekkida ka siis, kui mädased süüfilisnähud asetsevad teistel kehaosadel (nahas, limanahal, luudes), aga mitte otse maksas.

Gumma d asetsevad maksa parenhüümis (*hepatitis gummosa*) ja enamasti vaid ühes tema osas maksakapsli all, harva tema sügavamas sisemuses. Gummade arv on väga mitmesugune (1—50) ja nad on läätsetera, kirsimarja ja isegi väikese õuna suurused. Gumma areneb ja kulgeb mõnda aega salajaselt, ilma erilisi nähte andmata. Väljaarenenud suuremad gummad on komplemisel äratuntavad siledate kõvade, ainult vähe valulike sõlmedena, olles üksteisest eraldatud vagudega, mis muudab maksapinna mügarlikuks. Samaaegse interstitsiaalse koe põletiku olemasolul maks algul üldiselt või osaliselt suureneb, mille põhjuseks on sidekoe difuusne põletikuline infiltratsioon ehk paistetuse, ja siis uuesti tekkinud sidekoe kortsumise ja atroofia tagajärjel väheneb. Üksikute osade laialuluslikum kortsumine ja armkoe tekkimine muudab maksa sagarlikuks (*hepar lobatum*).

Maksa parenhüümi põletik tekitab vaid mõõdukat ja mitte äratist valu. Kui aga põletik levib maksakapslile (*perih hepatitis syphilitica*), võivad valuhood olla väga tugevad, piinavad ja sagedased, suurenedes veelgi maksa komplemisel, haige liikveloleku, söömise ja roojamise järel. Valud kanduvad maksast rinna alla (epigastriumile). Valud võivad vaheaegade vaheldata nädalaid ja kuid, saadetuna seedehäireist — vahelduvast kõhulahtisusest ja -kinnisusest, mis pikapeale põhjustab haige progresseeruvat kõhnumist.

Maksakapsli mitte-kaasahaigestumisel vaevab haigeid esialgselt mitmeid nädalaid vaid rõhumis- ja koormustunne kõhu paremal küljel, eriti kehalise töö järel. Haiged kaebavad, et neil on nagu raske kivi kõhus, mis annab ennast tunda ka voodis lamamisel ja tühja kõhuga, röövides isu, une, töötahte ja elurõõmu ning sundides seega eemale hoiduma inimestest ja tegevusest. Ühtlasi muutuvad haiged kahvatuks ja väga närviliseks. Paljudel haigetel muutub nahavärvus ka ilma kollatõveta kollakaspruunjaks. Seedehäiretest esineb maksasüüfilise puhul ka südamepööritus, mõnel veel okse, kõhupuhitus (gaasid), rõhatised, samaaegsete sooltehaavandite puhul ka veri roojas. Samad nähud esinevad maksa amüloidväärustuse puhul.

Kollatõbi on maksagummade puhul võrdlemisi sagedane nähtus, olles tingitud kortsuva sidekoe või gummoosete armide rõhumisest sapijuhale ja -teele. Olulist vahet varajase ja süüfilise kolmandas järgus esineva „hilise“ kollatõve vahel ei ole.

Õdeem esineb gummade korral — kui ei ole samaaegset maksa interstitsiaalse koe põletikku — harva, küll aga sageli tüsistuste puhul, nagu põrna suurenemine ja krooniline kõhukelmepõletik või kui maks juba atrofeerub või kui armid ummistavad vārativeeni jāmehdaid harusid. Kõhuvesitõbi (*ascites*) on sagedane nähtus, olles tingitud maksa venoosse vereringe häireist või samaaegselt neerude, südame ja kopsude haigestumisest või vārativeeni ummistusest.

Kuses leidub tavaliselt valku ja silindreid.

Põrn suureneb maksagummade korral harva ja seda ainult paistu (staasi) olemasolu korral vārativeeni süsteemis. Küll suureneb ta sageli, kui gummadega üheaegselt esineb maksa interstitsiaalse koe põletik või amüloidvārarustus. Muidugi suureneb põrn ka siis, kui ta maksaga üheaegselt ise haigestub süüfilisse.

Palavik maksasüüfilise korral on tavaliselt mõõdukas ja kõikuv, vaheldudes ilma palavikuta vaheaegadega, mis nähtus võib kesta aastaid, ilma et see palju häiriks haige üldseisundit. Kuid palavik võib olla ka püsiv ja sarnaneda kõhutüüfuse temperatuuriga. Ühes õiste higistamisega sarnaneb ta mõnikord tiisikuse palavikuga. Gumma lagunemisel tõuseb kehasoojus väga kõrgele, saadetuna külmavārinatelt, tuletades meelde malaaria, mādaveresuse (sepsise) ja maksa-abstsessi palavikku. Süüfiliseravi kõrvaldab palaviku kiiresti, mõne vismuti- või joodi- (*Endojodin*'i) süstega, erandjuhtudel ka aeglaselt — mõne kuuga.

Gummoosne protsess maksas vāltab vahelduvate paranemiste ja halvenemistega mõnest kuust mõne aastani. Maksakapsli haigestumise tagajärjel võivad tekkida liited jāmehsoolega, maoga ja vahelihasega (diafragmaga). Samuti võivad liited tekkida roietekaarega ja kõhukelmega, mis piirab maksa liikuvust hingamisel. Maksa tugev kortsumine võib põhjustada verevalumeid maos-sooltes vereringehäirete tagajärjel. Lagunev maksagumma võib mulgustada kõhukelme ning seega põhjustada mādast kõhukelme-põletikku.

Kui pole veel alanud maksa atroofia ega teiste organite amüloidvārarustus, annab süüfilisevastane ravi häid tulemusi. Ravi puudumisel tekivad haigel kurtumus ja südametegevust nõrgestav kõhuvesitõbi, millele järgneb surm üldnõrkusest.

Maksa süfiliitiline kõhetuslik kortsumine ehk tsirroos (*cirrhosis atrophica hepatis*) tekib tavaliselt aastakümnete pärast peale süüfilisse nakatumist ja ainult erandjuhtudel esimestel haigusaastatel. Tsirroos areneb järk-järguliselt ja sageli vaid maksa pahemas saaras. Algul leiab difuusse põletiku tagajärjel aset maksa suurenemine ja kõvenemine, mis võib olla lühiajaline kui ka kesta mitu, isegi 10 aastat. Tsirrootiline suur, sileda pinnaga kõva maks võib ulatuda kaugele alla ja täita suurema osa kõhuõõnest, püsides säärasena aastaid, saadetuna samaaegselt põrna paistetusest. Kollatõbi enamasti puudub või esineb kergekujuliselt. Haige kaebab peamiselt raskustunde üle paremas küljes, kuna aeg-ajalt tekkiv spontaanne valu on tuim ning väike. Küll võib valu tugevaks ja piinavaks muutuda maksakapsli kaasa- haigestumisega. Palavik on mõõdukas, kõikuv, mittepedev ning ei esine igal juhtumil.

Edaspidine maksa sidekoe kortsumine vähendab maksa mõõtusid üldiselt või osaliselt, misjuures tema pind muutub mügarlikuks (atroofiline tsirroos). Sidekoe laialdase (difuusse) kortsumise tagajärjel väheneb maks üldiselt ja võib lõppude lõpuks muutuda kivi- kõvaks, kuna osalise ehk koldelise kortsumise korral tekib jämeda- saagarane maks (*hepar lobatum*). See on mõnikord läbi põimitud väiksemate või suuremate gummadega, millede vahel asetseb atrofeerunud maksakude. Atroofiline maksatsirroos võib aset leida juba maksasüüfilise alguses ühes põrna paistetuse ning astsiidiga ja ilma kollatõveta, kuid seda juhtub erandlikult harva, kuna alkoholi- lise tsirroosi puhul see on sagedam nähtus.

Hiljem vaevavad maksatsirroosi-haigeid isutus, mao-soolte ka- tarrid veresoonte laienemise tagajärjel tekkinud paisu tõttu mao ja soolte seintes, valutunded ülakõhus, vahelduv kõhulahtisus ja -kinnisus, rõhatised, puhutised, verine okse söögitoru veresoonte laienemisest ja kahjustusest, pööritus, jalgade turse ja kõhuvesitõbi kõhukelme veresoonestiku paisu tõttu, mis viimane on maksa kõhe- tusliku kortsumise tähtsamaks tunnuseks. Esinevad verevalumid nahasse ja sooltesse (veri roojas), kusehulga tunduv vähenemine, toite-glükosuuria, maksa liited naaberelunditega, tüsistusena juur- detulev kuiv pleuriit, mis kõik kurnab haiget. Mõnikord seltsivad veel süfiliitiline sapipõie põletik ja gummad maksaväratis, mis ära- tab kahtlust vähi suhtes, seda enam, et haige väljanägemine on kol- tunud, nahk kuiv ja kortsus, hallrohekat värvust. Põrn on suure- nenud 2- kuni 3-kordselt. Tsirroosiga võib seltsida veel amüloidvää-

rastus nii maksas, põrnas kui ka teistes elundites, mis muudab olukorra veelgi lootusetumaks.

Nagu eespool mainitud, on haiguse kulg pikaldane, vahelduvate paranemiste ja halvenemistega, väldates tavaliselt 1—3 aastat, harva lühiajaline, mõne kuuga surmaga lõppev. Surma põhjuseks on järjest suurenev kurtumus (kahheksia), amüloidväärustus, mõnikord ka kopsu äge turse, raske kollatõbi (*cholaemia*) või juhuslikult juurdetulevad nakkushaigused (gripp, kopsupõletik jne.), milledele nõrk organism ei pea enam vastu. Süüfilishaigel võivad maksatsirroosi tekkimist soodustada krooniline alkoholi tarvitamine, mitmesugused mürgistused, tüüfus, tiisikus, malaaria.

Süüfiliseravi võib anda häid tulemusi ainult maksa haigestumise alguses, kus pole veel tekkinud maksa kõhetust ega haige kurtumust. Seepärast on tähtis iga maksahaiguse puhul silmas pidada süüfilise võimalust. Ravi juures peab haige täiesti hoiduma alkoholi, raskesti seeditavate lihatoitude ja vürtside tarvitamisest. Eriti kahjulik on alkohol, mille krooniline tarvitamine võib juba ise põhjustada maksa kõhetuslikku kortsumist, ammuigi veel neil, kelle maksarakke on vigastanud süüfilismürk.

Amüloidväärustuse sagedaimaks põhjuseks maksas on peale tuberkuloosi just süüfilis. Amüloid areneb aeglaselt, salajaselt, misjuures maks suureneb, kõveneb ja muutub kalgiks, olles komplemisel mittetundlik. Maksa serv on jäme, kalk ja tömp, tema pind puhtakujulise amüloidi korral sile, samaaegsete gummade või tsirroosi puhul aga mügarlik. Viimaste esinemisel võib maksa suurus olla normaalne ja ka vähenenud. Kollatõbi puudub reeglipäraselt. Subjektiivsed tunded ja teised haigusnähud (mao-soolte jne. häired) on samasugused kui maksatsirroosi ja -gummade puhul. Maksaga üheaegselt esineb amüloidväärustus sageli ka põrnas, neerudes ja sooltes.

Haige olukord väljaarenenud amüloidi korral, mis on harilikult üldine, on lootusetu. Abi võib saada vaid amüloidi arenemise alguses. Surm järgneb tavaliselt üldkurtumusele.

Maksasüüfilise äratundmine tema eeltoodud kujudes võib mõnikord raskusi tekitada, sest ka teistest põhjustest tingitud maksahaigused annavad enam-vähem samasuguseid haigusnähte, eriti alkoholine tsirroos, maksa- ja maovähk, katarraalne kollatõbi, kõhukelme tuberkuloos, maksamädanik (abstess) jt. Pole ka maksa haigestumine süüfilishaigel alati tingitud süüfilismürgist, vaid veel teistest põhjustest, mis nõuab põhjalikku uurimist, diferentseerimist

ja suurt ettevaatust spetsiifilise ravi teostamisel. Maksas võivad esineda korraka gummad ja vähk, seda enam, et gümma soodustab vähi teket. Kõik see nõuab maksa haigestumise puhul ka süüfilise võimaluse arvessevõtmist. Eriti süüfilisekahtlased on maksa haigestumine palaviku ja külmavärinate saatel, pisted, valuhood, püsiv ja öösiti suurenev valu maksa piirkonnas, suur, kõva, rõhumisele mittetundlik põrn, krooniline ebamääraste kõikumistega palavik, kollatõbi, kõhulahtisus ja kõhuvesitõbi.

Arstile ärge salatagu süüfilise põdemist. Sageli leidub haigel mitmesuguseid süüfilise tunnuseid — arme jalaäärtel ja mujal, luu- ja luuümbrise-põletikku, ühe silmatera ja aordi laienemist jne. Vereproov süüfilise suhtes on 80% juhtudest positiivne ja sama proov (WaR) astsiidivedelikuga peaaegu 100%. Negatiivse WaR-i korral ja süüfilisekahtluse püsimisel on soovitatav teha ettevaatlikku süüfilisevastast proovravi, mis tavaliselt juba varsti näitab head toimet, kui ei olda temaga hilinenud. Iseenesest (spontaanselt) ei tervistu maksasüüfilis kunagi.

Maksa haigestumist süüfilisse põhjustab selle puudulik ravi, kuna soodustavaiks kaastegureiks on varem põetud teised makshaigused, trauma, sapikivid, kroonilised mao-soolte haigused, eriti aga alkoholism.

Õigeaegne süüfiliseravi annab vägagi häid tulemusi, kaotades ka gummad. Ravi tulemus sõltub sellest, kui kaugele oli arenenud süüfilisprotsess ja kui palju oli vigastunud maks enne ravi alustamist.

Kõhunäärme süüfilis (*pancreatitis syphilitica*) esineb võrdlemisi sageli kaasasündinud, harva aga omandatud süüfilise puhul. Haigus areneb aeglaselt, tähelepanematult ja avaldub kõhunäärme interstitsiaalse koe kroonilise põletiku või gummade kujul. Hiljem võivad juurde tulla amüloidväärustus ja rasvnekroos. Haigel on tavaliselt olemas ka teisi süüfilise tunnuseid. Subjektiivsed tunded ja kõhunäärme haigestumisest sõltuvad haigusnähud sarnanevad mao-maksa-soolte süüfilise omadega. Omapärane, kuigi mitte ainult kõhunäärme süüfilisele iseloomustav näht on rikkalik rasva ja seedimata lihaskiudude leid roojas, samuti ka rasvaine kuses (*lipuria*). Võrdlemisi sageli põhjustab kõhunäärme süüfilis suhkurtõve (*diabetes mellitus*) ja suhkruata liigkusesuse tekkimist.

Kõhunäärme haigestumist süüfilisse soodustavad alkoholi ja nikotiini liigtarvitamine, trauma, mõnede arvates ka elavhõbeda-pre-

paraatide ja kõhulahtistajate ebaotstarbekas või liiga rohke tarvitamine. Kõhunäärmes võivad põletiku tekkimist põhjustada ka maksa süfiliitiline tsirroos ja kõhusisese aordi aneurüsmi rõhumine. Samuti võib süfiliitiline protsess kõhunäärmele üle minna naaberkudedest ja põhjustada tema liiteid nendega. Kõhunäärmes süüfilise toimele arenev rasvnekroos võib enda alla haarata suurema osa kõhuõõne rasvkoest ja põhjustada veresoonetopistusi, mille tagajärjel tekivad haavandid ja gangreen sooltes; keskmetses (mesenteriumis) tekivad abstsessid. Haige jääb kiiresti kõhnaks, ta nahk muutub tõmmuks. Surm tuleb mõne nädala, kuu, harva mõne aasta pärast. Erandjuhul esineb kõhunäärme lõhkemine süüfilise tagajärjel. Verevalum kõhunäärmes võib surmaga lõppeda mõne päevaga või isegi äkitselt — kollapsi tagajärjel.

Põrna, mis on ühtlasi seede- ja vereelundiks, süüfilist on käsitletud eespool, lk. 72.

Erituselundite (neerude ja kuseteede) süüfilis.

Neerude süüfilis. Süfiliitilised neerupõletikud moodustavad neeruhaiguste seas iseseisva rühma, esinedes sagedamini kui seda arvatakse. See on seda võimalikum, et kerged süfiliitilised neeruvigastused ei tekita haigele mingeid vaevusi ja nende ainsaks tunnuseks on väid kuses leiduv valk, mõnikord ka punased verelibled ja hüaliinsed silindrid. Neerude talitlus ei tarvitse seejuures mingeid muutusi esineda ega ka haigel teisi süüfilise tunnuseid olla. Valgu hulk kuses on harilikult väike ($1.0/00$).

Kerged süfiliitilised neeruvigastused (valkkusesus) esinevad peamiselt süüfilise alguses, tema varajaste löövetega (roseoolide, papulite) perioodis, ja teises lõimetusjärgus, kuid valkkusesus võib esineda ka retsidiivsete nähtude korral ja kõigis süüfilise perioodides. Süüfiliseravi kõrvaldab selle kiiresti.

Kuid valkkusesusele süüfilise varajases perioodis võib järgneda süfiliitiline nefroos ehk neeruväärastus, mis võib põhjustada haigel jõuetust, hingeldust, unisust, sagedasi peavalusid ja üldist turset. Kusehulk väheneb tunduvalt, kusi ise on tume, sageli sogane ja sisaldab palju valku (3—10%), vere valgeliblesid, silindreid ja rasvatilku. Kusest võib leida kahkjaid spirohheete. Palavik puudub, vererõhk on normaalne. Enamasti ilmuvad kõik need nähud järsku ja ägedalt, kuid mõnikord areneb nefroos ka

aeglaselt ja tähelepanematult, väikese valkkusesuse ja mõõduka tursuga. Nefroos elule ohtlik ei ole, kui süüfilisest ravi alustatakse varsti ja kui ei tule juurde neerude kortsumist ehk nefrotsirroosi ja amüloidväärustust, milliseid nähte enamasti saadab vererõhu tõus.

Nefroosi põhjuseks on spirohheetide toksiidid.

Huvitav nähtus neerude süüfilise juures on verevärvaine hoo-kaupa leidumine kuses (paroksüsmaalne hemoglobiinuuria). Siis on kusi sogane, punane, vere värvust. Haiget vaevavad valu seljas neerude piirkonnas, halb enesetunne, väsimus, okse, külmavärinad. Nahk on sageli kollakas. Kõik see vältab paar-kolm päeva ja näib seoses olevat külmetusega.

Gumma d arenevad kas ühes või mõlemas neerus korraga. Nad on läätsetera kuni kanamuna suurused ja väikesi gummasid võib korraga olla mitukümmend. Nad ei tarvitse endid haigele pikka aega tunda anda. Hiljem tekib valu ristluudes, kas alatine või hoo-kaupa esinev, kuses leidub verd ja valku. Gumma lagunemise korral leidub kuses veel mäda, silindreid ja rasvatilku, kuna palavik ja ka valu puuduvad. Gummad põhjustavad neerude koldelist kortsumist ja vähenemist, kohati aga suurenemist, mis näht sarnaneb vähiga. Neerus tekivad sklerootilised ja degeneratiivsed protsessid ning amüloidväärustus, mis teeb haige olukorra väga raskeks. Seejuures võib haige elada veel aastaid. Lõhkeda võib haigestunud neerukapsel, mida juhtub siiski harva. Teada on juhtum, kus ühe neeru lõhkemise järel gumma tagajärjel, milline neer välja opereeriti, elas haige veel 7 aastat, kuni suri äkitselt peajusoone rebendile järgnevast verevalumist ajusse. Harilikult tekib amüloidväärustus ka teistes parenhümatosesis elundeis kõigi selle raskete nähtudega (mao-soolte häired, okse, ödem, astsiit jne.), viies haiget surmale lähemale. Neerude amüloidi korral suureneb tunduvalt öö-päeva vältel erituv kusehulk (3—4 liitrit).

Neerude gummade äratundmist kergendavad teised samaegsed süüfilisnähud ja sageli kaasaskäiv maksa- ning põrnasüüfilis. Südame ja soonte süsteemis on tähtsaks diagnostiliseks tunnuseks aordi aneurüsmi kombinatsioon normaalse südamega.

Ravi nõuab suurt ettevaatust. Peab olema kindel, et neerude haiguse põhjuseks on ainult süüfilis, sest süüfilis võib kombineeritud olla ka tavalise neerupõletikuga. Kogu aeg peab kontrollima haige kust, vererõhku ja enesetunnet. Keedusoola tarvitamine on

täiesti keelatud, valgu ja vedeliku kasutamist peab piirama (piima $\frac{1}{4}$ liitrit päevas). Valku võib anda puht nefroosi korral. Eelistatud toitudeks olgu või, riis, kartul, jahutoidud, kompott, aed- ja puuviljade mahlad. Ödeemi korral vedeliku tarvitamist tublisti vähendada.

Kusepõie süfiliitiline põletik (*cystitis syphilitica*) pole sugugi nii haruldane nähtus, kui seda arvatakse, ja esineb vähemalt niisama sageli kui põietuberkuloos. Haiged kaebavad sagenenud kuse tungi üle nii päeval kui ka öösi, valu üle kusemise lõpul, valulikkude pakitsuste (tenesmide) üle, valu üle alakõhu piirkonnas ning ristluudes ja verikusesuse üle. Verd eritub eriti kusemise lõpul kas tilkade viisi või ka rohkem. Valgu hulk uriinis on kõikuv, jälgedest kuni 0,5%. Seejuures ei sõltu valgu hulk neerude vigastusest, vaid verehulgast kuses. Eelmainitud nähud, samuti kui punaste ja valgete vereliblede leidumine uriini sademes, ei ole isepärased põiesüüfiliisele, sest need ilmnevad ka mitmesuguste teiste põiehaiguste puhul, nagu harilik äge ja krooniline põletik, tuberkuloos, kasvavad ja põiekivid.

Põie haigestumine süüfilise teises järgus möödub sageli iseeneest ja jääbki haigele tähelepanematuks. Mõnikord püsivad aga haigusnähud pikka aega, kuusid ja isegi aastaid, mitte alludes tavalisele põletikuvastasele ravile ja äratades kahtlust põietuberkuloosi suhtes. Süüfilise löövete perioodil katavad roseolid ja paapulid ka põie limanahka.

Süüfilise kolmandas järgus võivad põies tekkida gummoossed mädahaavandid, mis sarnanevad põievähi ja -tuberkuloosi haavanditega. Gummade lagunemisel leidub kuses mäda ja verd. Lagunemisprotsess võib mulgustada põie seina ja tekitada uurise kaudu ebaloomuliku ühenduse põie ja pärasoole vahel, nii et kusi väljub ka pärasoolest.

Märkimisväärne on asjaolu, et vereproov süüfilise suhtes (WaR) osutub põiesüüfilise korral positiivseks vaid 50% juhtudest. Seega ei eita negatiivne vereproov ammugi põiesüüfilise olemasolu võimalust, mispärast oleks suur eksitus loobuda ainult negatiivse WaR-i alusel süüfiliseravi ettevõtmisest. Juhtudel, kus põiehaigus pole tuberkuloosne ega allu ka tavalisele põletikuvastasele ravile, peab tehtama Wassermanni reaktsiooni ja selle eitava tulemuse korral katsetatama süüfilisevastase proovraviga, eriti siis, kui haigel on ka teisi süüfilise tunnuseid. Proovravi kiire hea toime on diagnoo-

siks tähtsam kui vereproovi tulemus ja ravi toimetamine on seda olulisem, et tema väitel võib WaR muutuda veel positiivseks. Juba joodnaatriumi sissevõtmine annab mõne päevaga paranemist, muutes uriini selgemaks, kusetungi harvemaks ja sellega kaasaskäiva valu väiksemaks.

Hingamiselundite süüfilis.

Nina- ja suuõõne süüfilist kirjeldasime eespool, süüfilise II ja III järgu nähtude käsitlemisel.

Neelu süüfilis (*pharyngitis syphilitica*) esineb võrdlemisi sageli ja ilma erilise valuta. Mõnikord harva esineb ühel või teisel mandlil süfiliitiline esmashaavand, kuna süfiliitilise angiini ja paapulite esinemine suuõõne ning mandlite limanahal varajase süüfilise puhul on tavaline nähtus (vt. teisene süüfilis).

Neelugummad hävitavad lagunemisel neelu- ja kurguosi, samuti kõva suulae luud, tekitades kraatritaolisi haavandeid ja ebaloomulikke ühendusi ninaõõnega. Gummadest järelejäävad suured armid põhjustavad neelus mitmesuguseid liitumisi ja ahendusi, mis enam-vähem takistavad rääkimist ning hingamist (vt. kolmandane süüfilis).

Kõri süüfilis (*laryngitis syphilitica*) esineb neelusüüfilisest harvemini. Süüfilise teises järgus esinevad kõris erütematoosne angiin ja paapulid (vt. teisene süüfilis), kolmandas aga gummad, eriti kõripealisel. Gummade peaaegu ilma valuta lagunemisel tekivad järsult piiratud haavandid, millede paranemisel jäävad järele tugevad, ahendusi ja muid muutusi põhjustavad armid, mis võivad omakorda põhjustada rääkimis- ja hingamistakistust.

Süüfilis võib põhjustada ka nii ühe- kui mõlemapoolset **kõrihalvatust**, kas suurtuiksoone laiendi vastavale närville (uitnärviharju) rõhumise või närvi või ka aju kahjustuse tagajärjel süüfilismürgist. Eriti halvatuvad häälepilu avajad lihased.

Hingetoru ja kopsutorude süüfilis avaldub süüfilise teises järgus nende elundite limanahkade katarraalse põletiku (*tracheitis* ja *bronchitis syphilitica*) kujul, eriti roseoolide ja paapulite asetsemisel elundite limanahal. Peamiselt tekitab süüfilis kroonilist bronhiiti ja kopsutoru kitsendit ehk stenoosi (*bronchostenosis syphilitica*).

Süüfilise III järgus hinge- ja kopsutorudes mõnikord esinev gummoosne infiltraat raskendab hingamist, tekitab kõha ja põletavat valu rinnus, eriti öösi ja töötamisel, samuti vinavat, pahasti lõh-

navat limast või mädast röga. Raviga hilinemisel arenevad haavandid, mis võivad mulgustuda ja siis tekitada ebaloomulikku ühendust söögitoru ja keskseinandi (mediastiinumi) vahel. Paremal juhul jäävad haavandite asemele hinge- ja kopsutorudes väiksemat või suuremat kitsendit (stenoosi) põhjustavad armid. Gummoosse infiltraadi levimise korral aordile ja kopsuarterile võib laostuda soonesein, mille tagajärjeks on surmatoov verevalum.

Kopsu süüfilis (*syphilis pulmonum*) areneb aeglaselt ja esineb vaid 1—2 protsendil süfiliitikuist. Teise süüfilise varajasel perioodil ilmnevad mõnikord põletikulised nähud, enamasti ühes kopsus, mis meenutavad katarraalset kopsupõletikku. Ka võib kopsusüüfilis esineda koos muude kopsuhaigustega.

Väljaarenenud kopsuluues kuulub kolmandase süüfilise nähtude hulka ja tekib kõige varemini 4 aastat, enamasti aga 10—20 aastat pärast nakkust. Ta sarnaneb kroonilise tiisikusega, mis pärast peab mõtlema süüfilisele, kui korduvate otsingute järel ei leita tiisikuspisikuid.

Enamasti tekitab süüfilis muutusi kopsu keskmises ja alumises sagaras, kuna tipud on puudutatud harva. Sagedamini kui gummad esineb kopsupõletiku pilt (*pneumonia interstitialis*) oma mitmekesiste järelnähtudega. Haiget vaevavad tugev, sageli isegi piinav kõha, tugevad pisted ja valuhood rinnus ning öised higistamised. Kehasoojus on tihti normaalne, kuid aeg-ajalt perioodiliselt ka kõrgenenud. Ühtedel juhtudel on üldtervis pikka aega täiesti rahuldav, teistel tekivad varsti isutus, kõhnumine ja jõuetus. Hiljem seltsib juurde hingeldus (astma) ja senini kasin limane röga muutub mäda-seks, halvasti lõhnavaks ning rikkalikult erituvaks (kuni $\frac{1}{2}$ liitrit päevas). Rõgas võib leida kahkjaid spirohheete.

Esineda võivad ka krooniline kopsutorude põletik ja kopsuarteri lupjumine. Kopsuarteride sisekesta degeneratsioon ja hüpertroofia põhjustavad vanade süfiliitikute kopsudes verepaisu nähte. Sekundaarselt areneb veel südameklappide väärustus. Aset võivad leida ka kopsude ja bronhide laienemine, tühikute ehk kavernide tekkimine ja vereköhimine. Kopsuarteride seinas on leitud kahkjaid spirohheete.

Eeltoodud nähud arenevad väga aeglaselt, aastate ja isegi 10—20 aasta vältel ja lõpevad haige surmaga, kui süüfilisevastase raviga hilineetakse. Surm järgneb kas ilma valuta unes, galopirütmis verevalumile või ödeemidele.

Harvemini arenevad kopsudes väiksemad või suuremad, üksikud või rohkearvulised gummad. Mõnikord kaasuvad nad ka sklerootilise protsessiga. Üslikud gummad ei vaeva haiget, põhjustades vaid mõõdukat köha ja röga. Gumma lagunemisel tekiavad kopsus tühikud (kavernid), millist nähtu nimetatakse süfiliitiliseks pseudo-tiisikuseks ehk kavernoosseks kopsusüüfiliseks. Enamasti jääb lagunenu gumma asemele siiski armiline käsnjas sidekude. Armkoe kortsumine põhjustab bronhide laienemist.

Kui laguneb üheaegselt mitu gummat, siis sarnaneb pilt mitme kaverniga raske kopsutiisikusega. Süüfilise kasuks räägivad siis teised süüfilise tunnused ja haige rahuldav üldtervislik seisund.

Süfiliitiline sklerootiline kui ka gummoosne protsess võib kopsudest levida kopsu- ja rinnakelmele, tekitades kuiva või märga pleuriiti või rinnakelmeõõne mädakogumust ehk empeeemi.

Kõigist kopsusüüfilise juhtudest esineb 3—7% koos tiisikusega. Kopsusüüfilis soodustab tiisikuse tekkimist ja ümberpöörduvalt, millele suurel määral kaasa aitavad ebatervislik eluviis ja sotsiaalne kehv olukord. Muidugi ei tähenda see, et igal kopsusüüfilisega haigel tekib alati ka tiisikus või tiisikusega haigel kopsusüüfilis, sest viimane esineb üldse harva. Küll võib süüfilise juurdetulek põhjustada seismajäänud tiisikusprotsessi uuesti lõkkeleelõomist. Tiisikus omalt poolt mõjub süüfilisele halvasti muuseas ka seega, et ta tekitab degeneratiivseid muutusi kilpnäärmes (sama teeb alkoholism).

Kopsusüüfilise äratundmine tekitab teatud juhtudel suuri raskusi. Kui rögas korduval uurimisel ei leita tiisikuspisikuid ja röga materjaliga poogitud loomad ei haigestu tuberkuloosi, küll aga leitakse rögas kahkjaid spirohheete, ilma et hingamisteedel asetseks süfiliitilisi haavandeid, ja kui vastav vereproov (WaR) on positiivne ja haige üldtervislik seisund pikka aega püsib võrdlemisi heana ning temal leidub ka teisi süüfilise tunnuseid, siis tuleb kopsu „tiisikusetaolise“ haigestumise põhjuseks arvata süüfilist, eriti kui saab kõrvale heita veel kasvajate ja ehhinokoki pesitsemise võimaluse kopsus. Teisest küljest ei kõrvalda aga ka tiisikuspisikute leidmine rögast kopsusüüfilise samaaegse olemasolu võimalust, sest haigel võivad korraga olla mõlemad haigused, s. t. nii tiisikus kui kopsusüüfilis. Viimasel juhul võib rögast tiisikuspisikute kõrval sageli leida ka kahkjaid spirohheete.

Kopsusüüfilise diagnoosimist raskendab seegi, et positiivse WaR-i korral võib kopsudes siiski olla ainult tiisikus üksi, sest see

vereproov näitab vaid üldsuüfilist ja sedagi mitte spetsiifiliselt. See on võimalik seda enam, et ka raskesti lagunev tiisikusprotsess võib põhjustada WaR-i positiivset tulemust. Omakorda võib puudulikult ravitud süüfilise hilisjuhtudel WaR olla negatiivne, kopsus aga siiski pesitseda süüfilisprotsess ilma tiisikuseta. Säärase teadaoleva süüfilise puhul on vajalik täiendav liikvori uurimine. Röntgenülevõtte ei anna kopsusüüfilise diagnoosiks midagi kindlat, küll aga kahkjate spirohheetide leid rõgas.

Eelmainitust selgub, milliste raskustega võib seoses olla kopsusüüfilise äratundmine, kui haigel on samaaegne tiisikus. Viimase puudumisel selgitab WaR sageli üksi diagnoosi paremini kui kliinilised nähud, eriti juhtudel, kui süüfilist ei ole ravitud. Vähimagi süüfilisekahtluse korral on vajalik teostada seroloogilisi uurimisi ja tarbe korral ka ettevaatlikku süüfilisevastast proovravi (vismutiga). Viimase hea tulemus (palaviku kiire kadumine jne.) räägib kindlasti kopsusüüfilise poolt. Kõige juures ei tohi unustada, et kopsusüüfilis võib kaasasündinud või mittesugulisel teel omandatud süüfilise tagajärjel olla ka neil, kes pole veel elanud suguelu. Säärastel juhtudel annab väärtuslikke andmeid süüfilise kohta ka perekondlik ankeet, s. t. järelepärimine elusolevate kui ka surnud vanemate ja õdede-vendade kohta.

Kopsusüüfilise ennustus sõltub õigeaegselt diagnoosist ja ravist. Ta on süfiliitilise interstitsiaalse kopsupõletiku ja üksikute gummade korral raviga mittehilinemisel hea, sest kopsud võivad siis veel tervistuda. Hooletusse jäetud juhul, kus gummade asemele on jäänud kavernid või käsnyad armid ühes kopsukoe kortsumisega, võib haigusprotsessi edasise arengu seisma panna, aga kortsunud või laostunud kude ei saa enam asendada normaalsega. Kuid haigele suurt kergendust annab süüfiliseravi ka säärasel korral.

Kopsusüüfilise ja -tiisikuse üheaegse olemasolu korral on halvaks teguriks see, et nad vastastikku takistavad teineteise täiemõdulist ravimist, eriti veel siis, kui neist üks on kaugemale arenenud. Olulisemaks haige saatusetele osutub igal juhul tiisikus, seda enam, et tiisikushaigeil kulgeb süüfilis sageli kergelt ja aordi ning kesk-närvisüsteemi süüfilisse haigestumine näib neil esinevat harvemini kui teistel.

Kopsukelme süüfilis (*pleuritis syphilitica*). Süüfilis võib teises järgus põhjustada kuiva ja märga (ekssudatiivset) pleuriiti. Kuid süüfilishaiget võib tabada ka harilik, mittesüfiliitiline kopsu- ja

rinnakelme-põletik. Pleuriidi algpõhjuse selgitab ravi tulemus: kui harilik ravi ei taha aidata ja süüfilisevastane proovravi annab kiire hea tagajärje, siis on pleuriidi süfiliitiline päritolu kindel. Spetsiifiline ravi kaotab juba mõne süstega süfiliitilise pleuriidi palaviku, kuna amiidopüriini, aspiriini ja fenatsetiini isegi suured annused ei suuda seda mõjutada; võrdlemisi kiiresti kaovad ka eksksudaat ja kopsuväri-näärmete paistetused ühes subjektiivsete vaevustega. Rinnakelmeõõne vedelikus võib leida kahkjaid spirohheete. WaR on süfiliitilise pleuriidi puhul harilikult tugevasti positiivne, eriti rinnakelmeõõne vedelikuga.

Süüfilise III järgus haigestuvad kopsu- ja rinnakelme sel teel, et gummoosne protsess levib neile kas kopsudest, roietest või kopsuväri-näärmetest jne. Siis kelmed paksenevad ja liituvad kohati või kogu ulatuses; rinnakelme võib liituda ka südame väliskestaga ja vahelihasega (diafragma). Kelmetes võivad areneda üksikud või hulgalised gummad ja rinnakelmeõõnde koguneda mäda (empüeem). Kehasoojus on algul vaid vähe kõrgeenenud. Ka siin on mõnikord tarvilik proovravi, eriti kui on olemas teisi süüfilise nähte — nahal, luudes jne.

Kuulmiselundite süüfilis.

Kõrvalestal võivad aset leida süfiliitiline esmashaavand — nakkusest suudlemisel, hammustusel, kriimustusel — ja roseoolid, paapulid ning gümma. Viimase puhul kõrvalest pakseneb, paistetab ja tekib haavand, mis paraneb armistumisega.

Väliskuulmekäigus võivad ette tulla samased süüfilise tunnused. Kõva paise asetsemisel temas on väike valu kõrvas ja võib erituda verist vedelikku. Hiljem järgneb näärmete suurenemine lõualuu nurga all samal poolel šankriga, püsidest esialgselt süüfilise ainsa tunnuseks. Kõva paise tekkimise põhjuseks on tavaliselt kõrva „puhastamine“ ehk urgitsemine spirohheetidega määratud esemega või vatiga. Üldiselt esineb väliskõrva süüfilist harva ja teda saadab lähemate mahlanäärmete suurenemine.

Sisekõrv haigestub 2—3% kõigist omandatud süüfilise juhtudest, kergemini 6.—8. nädalal pärast nakkust ja raskemini ning peamiselt süüfilise kolmandas järgus, kaasasündinud süüfilise puhul aga palju sagedamini ja enamasti 8.—20. eluaastal, vahel ka varem. Väliskuulmekäigus ja sisekõrvas asetsevad paapulid kitsendavad

kuulmeteid, vähendades seega kuulmist. Kolmandas järgus levib süfiliitiline protsess sisekõrva tavaliselt neelust ja ninaõõnest kuulmetõrve (*tuba Eustachii*) kaudu. Haigusnähud esinevad enamasti mõlemas kõrvas, sarnanedes hariliku sisekõrvapõletikuga ja põhjustades ka trumminaha (kuulmekile) mulgustust. Sisekõrv ja tema luuosad võivad haigestuda ka otseselt (*otitis media syphilitica*). Sisekõrva süfiliitilised muutused põhjustavad tasakaaluhäireid, pea- ja südamepööratust, nüstagmi ehk silmade horisontaalseid võnkeid, milledest haige ise ei ole teadlik, krampe, kõrvakohinat, pealuude kaudu hääle edasianduvuse vähenemist, kuulmise võrdlemisi järsku tugevat nõrgenemist ja isegi täielist kurtust, mis võib tekkida kaunis kiiresti. Kuulmisnärvi (*n. acusticus*) haigestumine ajus annab sarnaseid nähte. Kurtuse põhjuseks on labürindi ja kuulmisnärvi otsene süfiliitiline vigastus.

Kaasasündinud süüfilise puhul esinevad need nähud palju sagedamini, kuid arenevad aeglasemalt ja samaaegselt muutustega silmis ning hambais (Hutchinson'i kolmik ehk triaas). Täiesti väljaarenenud Hutchinsoni kolmikut näeb aga harva, kusjuures kõige enne tekib parenhümatosne keratiit ja alles selle järel sümptoomid kõrvades, esmajoones kohin. Võrdlemisi järsult nõrgeneb kuulmine ja tavaliselt mõlemas kõrvas, mis sageli lõpeb kurtusega. Kui kurtus tekib enne lapse rääkima õppimist, jääb laps kurtummaks. Mõnikord on laps juba sündides kurt. Kui kuulmine kaob enne 8. eluaastat, võib laps rääkimise unustada ja jääda kurtummaks. Enamasti haigestuvad kõrvade labürindid 8.—16. eluaasta vahemikus, sagedamini naistel kui meestel.

Kõrvasüüfilise äratundmise juures peab eraldama samas aset leida võivat tiisikust. Süüfilise poolt räägivad tiisikuspisikute ja teiste tiisikuse tunnuste puudumine, haige hea üldtervislik seisund, koelagunemise ja kuulmise nõrgenemise kiire tempo, negatiivne nahareaktsioon tiisikuse suhtes.

Kui ei saa teha kindlat kõrvasüüfilise diagnoosi ja muu ravi osutub tagajärjetuks, siis on soovitatav isegi negatiivsete seroreaktsioonide korral ette võtta süüfilisevastast proovravi, mis annab sageli häid tulemusi.

Prognosis sisekõrva süüfilise puhul on ebakindel, sest ajutiste paranemistele, millega sageli käib kaasas haige poolt ravi katkestamine, järgneb tihti varem või hiljem kurdiks jäämine, eriti kaasasündinud süüfilise puhul. Omandatud süüfilise ägedad nähud kõr-

vas paranevad raviga mittehilinemisel võrdlemisi hästi. Omandatud sisekõrvasüüfilis esineb sagedamini ka ainult ühes kõrvas. Kaasasündinud süüfilisest tingitud kurtuse ja kurtummuse, mida esineb rohkesti, ärahoidmiseks ei tohi süüfilishaiged abielluda enne arstilt loa saamist.

Nägemiselundite süüfilis.

Silma limanahal ehk **sidekestal** (konjunktiivil) ja laugude nahal võivad esineda kõik süüfilise nähud (kõva paise, roseoolid, paapulid, gumma), kuid seda juhtub harva. Üksikud kõvad gummad sarnanevad algul odraivaga (*chalazion*) ja esinevad harilikult korraga mõlema silma laul. Laug on siis põletikus ja paistetanud.

Pisarakotid sisaldavad kaasasündinud süüfilisega vastsündinul rikkalikul arvul kahkjaid spirohheete, mispärast säärase vastsündinu pisarad võivad teisi nakatada süüfilisse.

Silmalihased haigestuvad harva, sõltuvalt peajusüüfilisest ning muutustest silmanärvide piirkonnas. Haigestumine avaldub peamiselt lihaste halvatuses.

Punnissilmaligus (*exophthalmus*) võib tekkida silmakooa (*orbita*) süüfilise ja silmalau gumma tagajärjel. Kaasas käib sageli nägemise halvenemine nägemisnärvil põletiku tagajärjel.

Silmas eneses avaldub süüfilis mitmel kujul:

Sarvkest haigestub omandatud süüfilise korral harva ja enamasti vaid ühes silmas, kaasasündinud süüfilisega haigeist aga 48%-l ja harilikult mõlemas silmas, kui õigel ajal süüfilisevastase raviga ei takistata haiguse levikut ühest silmast teise. Kõigist sarvkesta sügava põletiku (*keratitis parenchymatosa* ehk *interstitialis*) juhtudest on enam kui 90% tingitud kaasasündinud süüfilisest. Väga harva tekib sarvkesta sügav põletik 1½.—3. eluaastal, varem mitte; ta areneb ravimata juhtudel peamiselt 7.—14. eluaasta vahel (66%), harvemini pärast 20. eluaastat, kõige hiljem 32. eluaastal. Sageli on haige lapse vanemad ebateadlikud oma süüfilisest, kuigi emal on korduvalt olnud iseeneslikke aborte ja mitmed lapsed on surnud esimesel eluaastal nähtudega nahal (paapulid). Ellujäänud keratiidiga lastel leidub tavaliselt veel teisi kaasasündinud süüfilise tunnuseid, nagu näo ja kolju eriline kuju, ettetungivad otsmikumügarad, sadulnina, lame ülalõualuu, valged kiirjad armid suunurkades, armid kõval ja pehmel kurgulael, keelejuure kõhetus, eba-korrapäraselt väljaarenenud hambad (nende põhjuseks võib olla ka rahhiit) ja kuulmisvead. Hammaste anomaaliad ja kuulmisdefektid

moodustavadki silma sarvkesta sügava põletikuga koos kaasasündinud süüfilise juures tuntud Hutchinsoni triaadi (vt. „Kaasasündinud süüfilis“). Sageli on keratiidihagel veel samaaegne mõlema põlevliigese tugev paistetuse või see oli juba enne. Süfiliitiline sarvkesta sügav põletik esineb enamasti mõlemas silmas, ühes silmas ainult 15% kõigist juhtudest. Teine silm haigestub tavaliselt 6—12 kuud hiljem, harva ka alles 10—26 aasta pärast, ka siis, kui esimene silm on juba paranenud.

Väljaarenenud haigusjuhtudel on sarvkest tuhm, halkjas ja roostevärvuline. Nägemine kannatab algul tunduvalt. Silmamuna limanahk on lillakaspunane ja suurest valgustundlikkusest tekib pisaraveool. Mõne kuu pärast algab taandareng, sarvkesta selgimine, mis vältab mitu kuud või isegi aasta. Sarvkest selgineb kas üldiselt (harva) või suuremas osas. Haavandeid süfiliitilise keratiidi puhul sarvkestale ei teki. Küll tuleb ette silma sarvkesta pehmumist (*keratomalacia*) neil kaasasündinud süüfilisega lastel, kes kannatavad alatoitumuse all või kellede toit on liiga üksluine, vitamiini-vaene (piim ja jahutoidud). Sarvkest muutub siis tuhmiks, kattub koorikutega ja mädanakkuse juurdetulekul isegi laostub.

Harva lõpeb silma sarvkesta sügav põletik pimedaksjäämisega ja seda vaid süüfilisevastase ravi puudumisel. Sageli kaasub haigusega vikerkesta põletik, mis võib tekitada valu silmas ja vastavas peapooles.

Vereproov süüfilise suhtes (WaR) on 95—100% juhtudest positiivne. Negatiivne WaR ei eita alati keratiidi süfiliitilist päritolu.

Keratiidi ärahoidmiseks peab süüfiliseravi alustatama võimalikult varakult. Ühe silma haigestumisel ei tohi ravi ettevõtmisega enam viivitada. Ägedad haigusnähud silmas kaovad reeglipäraselt juba esimese ravingu lõpul. Kuni 15. eluaastani annab ravi (ka juba olemasoleva parenhümatoosse keratiidi korral) palju paremaid tulemusi kui peale seda. Kui keratiit ühes silmas pole väldanud üle 6 kuu ja siis alatakse spetsiifilise raviga, jääb teine silm 70% juhtudest terveks. Hiljem ettevõetud ravi jõuab vaid harva ära hoida teise silma haigestumist. Ravimata haigetel kannatab nägemine 6 korda sagedamini kui ravituil. Keratiidi paranemise järel esinevad retsidiivid 10—15% juhtudest 2—10 aasta pärast, seda peamiselt puudulikult ravituil.

Vikerkesta süfiliitiline põletik (*iritis syphilitica*) tekib 5% süfiliitikuist, eriti neil, kelle üldravi ei alanud kõva paise ajal, vaid hiljem. Kõigist vikerkesta põletiku juhtudest on aga um-

bes pool osa (50%) tingitud süüfilisest, nii et vikerkesta põletik osutub omandatud süüfilise tagajärjel kõige sagedamini esinevaks silmahaiguseks. Tavaliselt haigestub üks silm, harvemini mõlemad üksteise järel. Sageli tekib põletik vikerkestas üheaegselt süüfilise varajaste löövetega (roseolid, paapulid), ka vastsündinuil, üldiselt esimesel, harva teisel haigusaastal ja ainult erandina süüfilise hilisperioodil. Paapulite asetsemisel vikerkestal on see põletikus ja tugevasti tursunud. Kui samaaegselt on vigastatud silma sarvkest, siis jäävad vikerkesta põletiku nähud tagaplaanile. Paranemise järel võib vikerkesta põletik hiljem taastekkida, harilikult kõrvuti teiste süüfilise retsiidivsete nähtudega, eriti vanemal, puudulikult ravitud ja kehva toitumusega inimesil. Äkitselt tekkivat iriiti saadavad tugevad valud, mis levivad otsmikule ja hammastesse, teravnedes õhtuti, valgusekartlikkus ja pisaratejooks. Aeglaselt tekkiv iriit ei põhjusta erilist valu, haiged kaebavad ainult nägemise nõrgenemise üle. Vikerkestalt võib haigusprotsess levida ripskehale (*cyclitis*, *iridocyclitis syphilitica*) ja kõldsoonkestale (*chorioiditis syph.*).

Nööpnõelapea-suurused gummad arenevad vikerkestas harilikult ühes silmas, võides põhjustada tugevat silmavalu. Nad arenevad kiiresti, püsivad mõne aja, vähenevad ja kaovad jäljetult. Gumma võib laheneda rasv- või kaseosväärustusega ja järele jätta armi. Mõnikord mulgustab gumma skleera, mille tagajärjed on rasked. Iriidiga üheaegselt võivad esineda ka silma soon- ja võrkkesta põletikud.

R a v i, kahtlastel juhtudel ka proovravi, annab sellega mittehilinemisel häid tulemusi, nii et vikerkesta põletik kaob täiesti.

Soonkest ja võrkkest haigestuvad silmas omandatud süüfilise tagajärjel harva, kaasasündinud süüfilise puhul sageli. Soonkesta kõigist haigestumistest on 20—30% süüfilise põhjustatud. Omandatud süüfilise korral haigestub võrkkest (*retinitis syphilitica*) enamasti teisel haigusaastal. Nägemise teravus kannatab tunduvalt. Haiguse vältel võib põletik levida ka teistele silma osadele (*chorioretinitis syphilitica*). Algul kaebavad haiged sagedase virvenduse üle silmade ees. Prognoos sõltub ravi alustamise ajast, s. t. temaga mittehilinemisest.

Nägemisnärvi põletik (*neuritis optica*) moodustab silmasüüfilisse haigestumise juhtudest 25%. Nägemisnärv haigestub harilikult naaberkoe (peaaju, närviümbrised) süfiliitilise põletiku ülekandumisest temale. Algul on tegemist vaid nägemisnärvinäsa liigveresusega, mis paraneb süüfilisevastase raviga mittehiline-

misel niisama kiiresti kui närvipõletikki. Ravi hilinemine võib põhjustada raskeloomulist nägemisnärvikõhetust (*atrophia nervi optici*), mis enamasti lõpeb pimedaksjäämisega. Kakkjaid spirohheete nägemisnärviparenhüümise ei ole leitud.

Süfiliitilise seljaajukuive ehk taabese puhul esineb nägemisnärv atroofia harilikult mõlemas silmas, enne ühes ja siis kuude, harva aastate vältel arenedes ka teises. Pimedaks võib jääda kõige kiiremini 2—3 kuuga, keskmiselt aga saabub säärane kõige kurvem tulemus 2—3 aastaga, kõige hiljem 10 aasta vältel. Kui taabes on kindlaks tehtud, võib nägemisnärv atroofia algpõhjuseks lugeda süüfilist ka siis, kui WaR veres ja isegi liikvoris on negatiivne. Muide on WaR nägemisnärvikõhetuse puhul positiivne 75—80% juhtudest.

Närvisüsteemi (piirde- ning peaaju) süüfilis.

Süüfilise närvisüsteemile levimise põhjuseks on peamiselt süüfilisevastase ravi puudumine või selle vähesus, kuid ka ravi hiline alustamine ja selle ebaotstarbekas teostamine. Soodustavaiks tegureiks on pärilik närvilisus, isiklik kaldumus, ebatervishoiuline eluviis, alkoholism, trauma, hingelised vapustused, vaimne ülepingutus. Seejuures haigestuvad süüfilisse kas piirde- ning selja- või peaaju või ajukestad, mille tunnuseks on mitmekesised raskemad või kergemad liikumise, tundlikkuse, meelelundite ning vaimsed häired.

Piirde- ning närvisüsteemi süüfilis esineb mitmekesiste närvide põletiku (*neuritis syphilitica*), sellest tingitud närvivalu (*neuralgia*) ja halvatus kujul. Närvide põletiku põhjustajaks pole seejuures otseselt kakkjad spirohheedid, vaid nende vere ja koe-mahla kaudu piirde- ning närvidesse kantud mürgid ehk toksiidid. Süüfilise varajasel perioodil esinevad üksikute närvide põletikud ja valud mööduvad võrdlemisi kiiresti, samuti ka roseoolide ning paa-pulite lööbega üheaegselt esinev piirde- ning närvide hulgaline haigestumine — süfiliitiline mitmene närvipõletik (*polyneuritis syphilitica*).

Süfiliitiline piirde- ning närvide põletik võib levida ka üksikuile pea-ajunärvidele, nagu näo-, nägemis- või kolmiknärville, põhjustades nende halvatusi, ja harukordadel ka peaaigule, mille tagajärjeks on vaimsed häired. Kolmiknärvipõletik tekitab lühiajalisi, vaevalt ühe

minuti kestvaid, kuid sageli korduvaid ägedaid valuhooge kas ühe, kahe või kõigi kolme närviharu piirkonnas, misjuures valuhood esinevad ainult näo ühel poolel (kas otsmikul, silmas, ninas, lõualuus, hammastes, keeles või meelekohas). Seejuures on valu öösi ägedam kui päeval. Sageli pannakse valu külmetuse arvele, lastakse hambaid asjatult välja tõmmata, ravitakse ennast nii ja teisiti, kuni selgub valu tõeline põhjus — närvi süfiliitiline põletik. Närvisüüfilis põhjustab valu ka kuklas, õlas, küünarnukis, roiete vahel, selja, külje, rinna ning kõhuseinte piirkonnas. Valu suureneb keha painutamisel ja sügaval hingamisel. Süüfilis tekitab ka istmikunärvi põletikku ja valu ehk ishiast, mida soodustavad külmetus, raske tõstmine ja alkoholi liigtarvitamine (istmikunärvi-valu võib tingitud olla ka seljaaju-gummast).

Gummad põhjustavad piirdeärvides haiguslikke nähte, kui nad naabruses asetsedes rõhuvad piirdeärvidele või arenevad nende tüvedes. Luuümbrise süfiliitiline põletik närvi naabruses võib tekitada mitte ainult närvi põletikku ja valu, vaid ka sama närvi kõhetust.

Süfiliitilisest närvipõletikust põhjustatud halvatused esinevad niihästi üksikult kui ka mitmeselt. Üksikute silmalihaste halvatused on alati süüfilisekahtlased, samuti ka sageli korduv või äkitselt tekkiv mõlemapoolne näonärvi halvatus. Viimase puhul haige ei saa silma sulgeda, suu on viltu ja ühele küljele tõmmatud. Näonärvi halvatus kuulub hilissüüfilise nähtude hulka ja esineb puudulikult ravituil tavaliselt 10—30 aastat peale nakkust. Enamikus on näonärvi halvatus kõigi oma harudega siiski ühel näopoolel. Kolmiknärvi süfiliitiline põletik tekitab mälumislhaste halvatus, nägemisnärvi haigestumine — nägemisteravuse vähenemist vastavas silmas, hulkurnärvi haigestumine — häälepaela ja pehme suulae halvatus, mõlema uitnärvi osaline haigestumine — neelamishalvatus, haistmisnärvi vigastus — haistmisvõime kadumist, jne.

Kesknärvisüsteemi (selja- ning peaaju ja ajukesta) süüfilis esineb umbes pooltel juhtudel esimesil aastail pärast nakkust, millal ta põhjustab difuusseid muutusi ja kergemaid ning ravi toimet kiiresti mööduvaid haigusnähte (üldine roidumus, kiire, isegi tühistest asjaoludest ärritumine, peavalud jne.). Süüfilise kolmandas järgus esinevad kesknärvisüsteemi vigastused on aga alati rohkem piiratud või paiksed ja tõsise iseloomuga, ilmnedes peamiselt 10—20 ja rohkemgi aastat peale süüfilise nakatumist.

Seljaaju süüfilis (*syphilis spinalis*) esineb niihästi iseseisvalt kui ka koos peaju ja ajukelmete süüfilisega või nende järel. Ärritusnähud võivad ilmned a juba süüfilise varajasel perioodil (*irritatio meningealis spinalis*) ühes naha- ja kõõlusreflekside kõrgenemisega. Süfiliitilise seljaajupõletiku (*myelitis syph.*) teket soodustavad tugev külmetus, trauma ning kehaline ülepingutus. Müeliidi puhul esinevad haigel vastavalt vigastuse asukohale ja ulatusele mitmesugused halvatused ja korratused põie ning pärasoole talitlusis (kinnisus ja pidamatus), millele eelnevad valud seljas ja jäsemetes, „sipelgate jooksmine“ ja jäsemete „suremine“ ühes palaviku ning roidumusega. Müeliit võib põhjustada ka tundlikkushäireid ja suguvõimetust. WaR veres on sageli negatiivne, mis nõuab seljaajuvedeliku analüüsimist. Süüfilisevastase ravi varajasel alustamisel võib haige täiesti tervistuda. Seljaajusüüfilisega võib üheaegselt haigestuda ka peaju (*syphilis cerebrospinalis*).

Raviga hilinemisel levib seljaaju süfiliitiline põletik seljaajukelmetele (*meningomyelitis syph.*), mis võib toimuda ka süüfilise esimestel kuudel, peaju haigestumise järel või sellega üheaegselt. Ainult harva, peamiselt süüfilise III järgus, areneb põletik ainult seljaajukelmetes (*meningitis spinalis*) ja seda paikset (gumma), põhjustades siis võõtaoliselt piirdunud valusid kehal ning jalas. Kui siis põletik levib kelmetelt seljaajule, tekivad mitmesugused täis- ja poolhalvatused kas mõlemas käes või jalas (enamasti viimastes), tundlikkuse ja suguelundite talitluse häired, suguvõimetus ja põie ning pärasoole pidamatus või kinnisus.

Mõnikord esineb ka pseudotaabese kliiniline pilt [ataksia, tugevad närvivad valud ühes jalas või kõhu piirkonnas, keha kinninõõrimise tunne, põie vigastus, põlverefleksi puudumine või nõrgenemine, sageli ka silmaavade (pupillide) jäikus ehk liikumatus ja silmalihaste halvatus].

Selja- ja peajusüüfilis võib põhjustada ka mitmese kolde lise skleroosi (*sclerosis cerebrospinalis multiplex*) nähte, mispuhul ajuvedelikus on leitud kähkjaid spirohheete. Haigus algab peamiselt 15.—30. eluaastal.

Ainult harva esineb spetsiifiline hüpertroofiline kõva seljaajukelme põletik (*pachymeningitis cervicalis*), mis tekitab valu kukla piirkonnas ja jalgades, valu-ülitundlikkust kätel, kange- ehk paindumatustunnet turjal, kinninõõrimistunnet rinna ülemisel osal ja atroofilist halvatus käte lihastes (*ulnaris*'e ja *medianus*'e närvide piirkonnas), millest haigel on käed sissepoole

kokku tõmbunud nagu jutlustajal. Valu kuklal ja jalgades suureneb pigistamisel ning liigutustel. Hiljem tekib jalgades ka spastiline parees ehk poolhalvatus, mis takistab käimist.

Süfiliitiline protsess seljaajus algab sageli, nagu peaauski, haigestunud veresoontest, kusjuures haigusnähud sõltuvad vigastuse asukohast. Mõnikord rebeneb vigastunud veresoon raske tõstmise, põrutuse, äkilise pingutuse (ka roojamisel), suguühte, aevastamise jne. toimel ja siis tekib verevalum seljaajju (*haematomyelia syph.*). Kõige ohtlikum on verevalum seljaaju kaelaosasse, mis põhjustab kõigi jäsemete halvatusi ja sageli haige surma hingamising südamekeskuste halvatusi tagajärjel. Suurem verevalum rinnaning ristluuosasse tekitab jalgade halvatusi ühes tundlikkushäiretega ja põie ning pärasoole kinnisust ning pidamatust. Siis on paranemislootused väikesed, kuna aga väiksemad verevalumid võivad jäljetult kaduda ja haige võib täiesti tervistuda. Parane mine ole nbeki üldiselt verevalumi asukohast ning ulatusest.

Seljaajukuivet ehk taabest on käsitletud neljandase süüfilise all (lk. 105).

Peaaju süüfilis (*lues cerebri*) esineb 3 eri kujul, mis aga võivad omavahel kombineeruda: 1) põletikuline kuju; 2) peaajuarterite vigastus; 3) gummad ehk süfiiomid.

1. Põletikuline kuju võib esineda juba süüfilise varajasel perioodil koos roseoolide ning paapulite lööbega ja ka enne ning pärast seda. Siis ilmneb ajukelme ärritus ehk meningism (*irritatio meningialis*), mille põhjuseks on süüfilismürk. Selle tunnuseks on peavalu (eriti öösi), unetus, erutus, ärritatus, südame- ning peapööritus, oksendamine. Varajasel perioodil esinev äge ajukelme põletik (*meningitis cerebri syphilitica*) põhjustab peale eelmainitud nähtude veel palavikku, kuklakangestust, halvatusi ja langetõvehooge, ajutist komatooset seisundit ehk vaimset segasust ja põletikulisi muutusi silma võrk- ning soonkestas. Vastandina idiopaatilisele epilepsiale ei kao krampihoogude vaheaegadel kõik nähud täielikult ja hoogude järel võivad isegi areneda pareesid, halvatusetaoline nõrkus seisund, mälu- ja kõnehäired, intelligentsi vähenemine. Varakult ettevõetud süüfilisevastase ravi toime l kaob äge ajukelmepõletik kiiresti kõigi oma nähtudega.

Süüfilise kolmandas järgus ilmnev ajukelme põletik esineb peamiselt ajupõhjas (*meningitis basilaris*) ja seda iseloomustab aeglane ning ilma palavikuta arenemine. Haiget vaevavad algul tugevad peavalud, eriti öösi, millega süüfilisevastase raviga hilinemisel selt-

sivad kõrvade kohisemine, pööritus, oksendamine, teadvuse tumes-
tus, uimasus, nägemisnärvipõletik, kahekordne nägemine (silma-
liigutajanärvide halvatuses), mõnikord ka peaaunärvide, peamiselt
näo-, nägemis- ja kuulmisnärvide halvatus ja krambihood. Krambi-
hoogude sagedane esinemine suurendab vaimseid häireid (süfiliiti-
line nõrgamõistuslikkus ehk p s e u d o p a r a l ü ü s), millega võib
seltsida veel ühe kehapoole halvatus. Progressiivse paraliüsiga,
eriti selle dementse kujuga sarnanevat psühhootilist seisundit ehk
pseudoparaliüsi võivad põhjustada ka peaaaju veresoontes esinevad
laialdased süfiliitilised protsessid.

Ajukelmete difuussed ning paiksed spetsiifilised muutused või-
vad osaliselt tingitud olla ka arteride süfiliitilisest haigestumisest
ja need muutused võivad ajukelmelt levida ajukoole (*meningo-ence-
phalitis syphilitica*). Esmaselt süfiliitiline põletik ajukoos tavaliselt
ei arene.

Eriti suurt tähtsust omavad süüfilise peitejärgus esinevad ilma
kliiniliste nähtudeta latentse kroonilise süfiliitilise
meningiidi juhud, mida avastab vaid positiivne WaR aju-
vedelikus; sellele võib spetsiifilise ravi mittetoimetamisel järgneda
progressiivne paraliüs.

WaR veres võib ka süüfilise III järgus esineva ajukelmepõletiku
puhul olla negatiivne, mis nõuab ajuvedeliku uurimist. Õigeaegne
energiline süüfilisevastane ravi annab ka siin häid tulemusi.

2. Peaaajuarteride haigestumise tagajärjeks süüfilise hilis-
järgus on mõne väiksema veresoone hüüvistus (tromboos), topistus
(emboolia) või verevalum ajusse. Tromboos tekib sel teel, et süfi-
liitilise põletiku toimel pakseneb arteri sein, millest ahendub soone
valendik ja lõpuks ummistub (*endarteriitis obliterans*). Ummistuse
tagajärjel pehmub arterist toidetud ajuosa. Tromboosi ja topis-
tuse puhul on haigel peaaegu alatine peavalu, millele järgneb ühe
kehapoole halvatus.

Süüfilis võib põhjustada ka ajuveresoonte laiendeid ehk aneu-
rüsme, mis arenevad oa- kuni tuvi- või isegi kanamuna-suuruseks.
Peaaaju põhjal asetsevate aneurüsmide rõhumine peaaunärvidele
tekkitab viimaste halvatusi. Kui aneurüsmi või arteri tromboosi või
topistuse tagajärjel õhukeseks muutunud soone sein rebeneb, siis
tekib verevalum peaaajusse ja ajukelmesse. Verevalum, samuti kui
arteri hüüvistus ja topistus, võib põhjustada peaaajuraban-
dust ehk apopleksiat (*apoplexia syphilitica*) kõigi tema
nähtudega. Peaaajurabandus tabab haiget tavaliselt äkitselt ja oota-

matult, kas iseeneslikult öösi või päeval, harilikult siiski kehaliste pingutuste, saunas vihtlemise, suguühte, roojamise, rikkaliku söömise jne. puhul. Haige kaotab äkitselt meelemärguse, langeb kokku, hingab korisevalt ja üks kehapool on tal halvatud. Raskemal juhul kestab meelemärguseta olek mitu päeva ja haige sureb hingamis- ning südamegevushäirete tagajärjel. Kergemast süfiliitilisest rabandusest, mille puhul meelemärguseta olek kestab vaid mõne tunni või 1—2 päeva, võib haige otsekohe ettevõetud energilise spetsiifilise ravi toimele paraneda ja elada veel palju aastaid, kuigi osalised tervisehäired (liikumis-, teadvus- ja kõnehäired, mälurikked) püsivad. Sääraste haigete meeoleolu on kas kõrgenenud (eufooriline), rahutu või norgne. Rabandus, samuti kui verejooks aneurüsmist, võib hiljem korduda, kuni üks neist lõpeb haige surmaga. (Vt. ka „Vereringe-elundite süüfilis“, lk. 62). Kerge rabandus võib mööduda vaid peauimasuse saatel. Peaaju pehbumise puhul on tervistumine võimatu. Siis esineb haigel dementsus.

3. G u m m a d arenevad enamasti ajupõhja kelmetes, kus väikesed gummad põhjustavad ajukelmepõletiku nähte (*meningitis basilaris gummosa*), suured aga peaajukasvaja-taolisi muutusi ehk süfii lo o m e. Peaajukelmele levib gummoosne protsess sageli koljuluu ümbriselt. Ajukelmetest võib gummoosne protsess levida ka ajukoele, kus gomma võib areneda ka ajuveresoonte sidekoest. Ajukoos esinevad gummad siiski harva (*encephalitis gummosa*).

Süfii lo o m i d e s t põhjustatud haigustunnused sõltuvad vigastuse asukohast ja ulatusest. Üldtunnustena esinevad: peavalu ja -pööratus, oksendamine, paisnäsa silmapõhjas, pulsi harvenemine ning ebakorrapärasus, nägemisvõime vähenemine või kadumine, mäluhäired, unisus. Et neid nähte põhjustab koljusisese rõhu suuremine, siis ei sõltu nad süfii lo o m i asukohast. Süfii lo o m i asukohale viitavate koldetunnustena esinevad peamiselt tundlikkus-, nägemis-, kõne- ja kuulmishäired, krambid sõrmedes, kätes, jalgades, näos, kõnnaku-, liigutuste- ja tasakaaluhäired (*ataxia syphilitica*), käte tugev värisemine, valud jäsemeis või ühes kehapooles, jäsemehalvatused.

Gummoosse meningiidi ja entsefaliidi tunnustena esinevad veel Jackson'i tüüpi epileptilised hood, monoplegia, mis võib areneda hemipleegiaks, silmalihaste halvatus ja ülemise silmalau allarippumine (*ptosis*), silmaavade ebahühtlane suurus (*anisocoria*), pareesid, hemipareesid, kõõlusreflekside kõrgenemine, ülinärvilisus. Tavaliselt arenevad süfii lo o m i nähud aeglaselt, kuude ja isegi 1—3 aasta

vältel. Kehasoojus on seejuures tavaliselt normaalne ja mõistus pole tumestunud.

Mõnikord harva esineb peajusüüfilise tagajärjel haigel stupuroos-delirioosne seisund, tekkides järsku ja kestes mõne nädala või mõne kuu. Samuti võib esineda veel hallutsinooos (eriti kuulmishallutsinatsioonid) ja tagakiusamis- ning kiivusluul. See süfiliitiline hallutsinooos on parandamatu.

Kesknärvisüsteemi süüfilise äratundmine võib raskusi tekitada, kui samal ajal puuduvad teised süüfilise nähud. Haigestumise süfiliitilise iseloomu kindlaksmääramisele aitavad kaasa haigelt või tema omastelt saadud andmed ja positiivne WaR veres või ajuvedelikus. Seljaajuvedeliku negatiivse leiukorral võivad ajukelmed siiski haigestunud olla, kuid mitte seljaajul, vaid peaajul. Sellest võib järeldada, et peaajukelme primaarne nakkus on sagedam kui liikvor seda näitab. WaR ei etenda sääraseil juhtudel olulist osa, vaid tähtis on valkolluste ja rakkude rohkenemine (pleetsütoos). Ravi varajasel alustamisel kaovad haigusnähud, sellega hilinemisel aga muutub haigus mõneks ajaks latentseks. Süüfilise kasuks räägivad veel haige võrdlemisi noor iga (30—45 a.), arterioskleroosi puudumine, halvatuste kiire kadumine peajurabanduse järel ja nende taastekkimine, teadvuse mittetäielik kadu langetõve-taoliste hoogude puhul ja nende hoogude esmakordne esinemine täiskasvanuil.

Ei ole õige väide, et hilissüüfilise puhul esinevad haigusnähud nahal ja limanahkadel tõestavad närvisüsteemi kaasahaigestumatust. Arzt ja Fuchs leidsid 40% nahanähtudega haigeist positiivse liikvori.

Ennustus närvisüüfilise puhul on üldiselt seda halvem, mida hiljem ta peale nakkust avaldub ehk manifesteerub. Gummoossed kujud on prognostiliselt halvemad kui juhud, kus haigusprotsess pole veel gummoosset iseloomu omandanud.

Ennustus sõltub ka vigastuse asukohast, ulatusest ja ravi varajasest või hilisest alustamisest. Esimeste haigusnähtude tekkimisel otsekohe ette võetud süüfilisevastane ravi annab enamasti täiesti rahuldavaid tulemusi, eriti spetsiifilise ravi täiendamisel palavik-raviga. Kuid ajusüüfilis võib ka varajasel perioodil ja energilise ravi korral haigele peatset surma tuua. Süfiloomide puhul tarvita-takse mõnikord ka operatiivseid menetlusi, kui spetsiifiline ravi jääb tagajärjetuks.

Peaaju ja ajukelme süüfilisest tingitud langetõbe (*epilepsia*) on käsitletud peatükis „Kaasasündinud süüfilis“, samuti kui ajukelmete põletikust põhjustatud vesipead (*hydrocephalus*).

Peaajupehmust ehk halvatuslikku nõdrameelsust (*paralysis progressiva*) on käsitletud süüfilise IV järgu all.

5. Süüfilise IV järk ehk neljandane süüfilis

(*lues IV seu quartana*).

Sellesse järku kuuluvad pea- ja seljaaju süüfilise eri kujud — peaaju pehmustine ehk halvatuslik nõdrameelsus — progressiivne paralüüs (*paralysis progressiva* ehk *dementia paralytica*) ja seljaajukuive ehk taabes (*tabes dorsalis*). See süüfilise neljas järk kas järgneb kolmandale või esineb mõne selle nähuga üheaegselt koos (eriti aordisüüfilisega) või ta järgneb juba teisese süüfilise peiteperioodile.

Nende kahe kesknärvisüsteemi süüfilise raskeima kuju eraldamine erilisse järku põhineb pea- ja seljaaju koe muutuste ning vigastuste omapärasusel ja ka sellel, et nad ei alistu tavalisele süüfiliseravile, eriti progressiivne paralüüs. Progressiivne paralüüs erineb süüfilise III järgu nähtudest veel sellega, et tema puhul leidub peaajukoos tohtu suurel arvul kahkjaid spirohheete, kuna III järgu nähtudes on neid vaid kasinasti. Vähesel määral leidub kahkjaid spirohheete nii progressiivse paralüüsi kui taabese korral ka pea- ja seljaajuvedelikus.

Alles aastat 40—50 tagasi ei loetud progressiivset paralüüsi ja taabest puht-süfiliitilisteks haigusteks, vaid arvati nende põhjuseks raskest eluvõitlust täis rohkete vaeva, muret ja sagedaid ärritusi, seda enam, et haigus esineb 3—5 korda sagedamini meestel kui naistel. Veel loeti haiguse põhjustajaks alkoholismi, mürgistusi (eriti tinaga), sugueluga liialdamist, aastaid kestnud sagedat onaneerimist, pea- ja lülisamba (selgroo) põrutusi, kehalist ja vaimset pikaajalist ülepingutust, tugevaid hingelisi vapustusi, alatist hirmulolekut jne., ühe sõnaga, kõiki tegureid, mis nii või teisiti kurnavad närvisüsteemi ja vähendavad tema vastupanuvõimet. Suuremast närvisüsteemi kurnamisest pidi sõltuma ka asjaolu, et progressiivne paralüüs ja taabes tabavad rohkem linna- kui maainimesi, intelligentsi enam kui lihtrahvast ja jõukaid sagedamini kui vaeseid.

Et enamik progressiivse paralüüsi ning taabese haigeist oli saadud andmeil minevikus põdenud süüfilist, siis arvati ka süüfilist nende haiguste tekkimise soodustajaks ja nimetati mõlemaid haigusi „para- ehk metasüüfiliseks“, s. t. süüfilise „järelhaigusteks“.

Pärast kahkja spirohheedi avastamist ja Wassermanni reaktsiooni leiutamist jõuti juba aastat 30 tagasi kindlale veendumusele, et nii progressiivse paralüüsi kui ka taabese ainsaks ja otseks põhjuseks on süüfilis, kuna kõik eelmainitud tegurid võivad vaid soodustada ja kiirendada peening seljaajusüüfilisse haigestumist, samuti kui pärilik närvilisus. Nii on mõlemad haigused mitte kaudselt süüfilisest soodustatud „iseseisvad“ peening seljaaju haigused, vaid süüfilisest otseselt põhjustatud. Et süüfilis vallutab ühel osal haigeist nii raskekujuliselt peaja seljaaju, arvatakse sõltuvat organismi sünnipäraseist ja elu vältel omandatud omadusist ja ka aja jooksul tekkinud ülitundlikkusest süüfilismürgi vastu. Varem loeti seda sõltuvaks ka kahkja spirohheedi omadusist, kes näib mõnikord võimeline olevat muutma oma virulentsi, olenevalt muutusist haige organismis ja selle vastupanuvõime kahanemisest, samuti kahkja spirohheedi erilisest tüvest ehk liigist („neurotroopne liik“). Kuigi paljud asjaolud teevad säärase arvamuse usutavaks, seletatakse tänapäeval ühe või teise elundi haigestumist elundidispositsiooniga ja üksikute elundite vastupanuvõimega, mis on inimestel mitmesugune. Oma osa näivad etendavat ka haige eluviis ja elutingimused, osaliselt ka kliima, sest näiteks Abessiinias, kus suurem osa rahvast põeb süüfilist, on progressiivne paralüüs haruldane nähtus, samuti ka Põhja-Aafrikas; vähe esineb teda ka Väike-Aasias, Briti Indias, Siiamis ja Hiinas, kuigi süüfilishaigeid on neis maades palju. Teisest küljest näib Euroopasse asunud pärismaalane progressiivsesse paralüüsi haigestuvat võrdselt eurooplastega.

Progressiivsesse paralüüsi haigestub 2—3% kõigist süüfilist põdenud isikuist, enamik 35.—50. eluaastates ja 8—20 aastat pärast süüfilisse nakatumist, harva hiljem. Üksikuil juhtudel on ta tekkinud ka 3—5 aastat peale nakkust. Kaasasündinud süüfilisega haigeil võib progressiivne paralüüs tekkida juba 12.—17. eluaastas, mõnikord isegi 5—6-aastaselt, siis aga lihtsa nõdrameelsuse kujul. Haigus areneb tavaliselt pikkamisi ja ainult teatud kuju (maniaalse) puhul ka järsku.

Peamiseks progressiivse paralüüsi ja taabese arenemise põhjuseks on süüfiliseravi täielik puudumine või selle puudulikkus, vähe-

sel osal ka ravi ebaotstarbekas teostamine. Suur osa närvisüüfilisega haigeist on endid mitteküllaldaselt ravinud just süüfilisse haigestumise alguses, s. t. nad on ravi ettevõtmisega hilinenud; üks osa on säärased, kes endid algul küll ravidis, aga selle varsti katkestasid, lugedes endid tervistunuks, kui kadusid välised haigustunnused ja need enam uuesti ei puhkenud. Mõnede statistiliste andmete järgi ei ole kesknärvisüsteemi süüfilisega haigeist 48% endid üldse ravinud, kuna 44% on seda teinud puudulikult ja vaid 8% küllaldaselt määral. Need andmed on ühtlasi veenvaks tõenduseks praegusaja süüfiliseravi mõjukusest. Asjaolu, et progressiivse paralüüsi haigeist on endid 8% küllaldaselt ravinud ja see pole haigust siiski ära hoidnud, võib sõltuda eelmainitud isikupäraseist ja kahkja spirohheedi omadusist, pärilikust närvilisusest ja teistest kahjulikest kaastegureist.

Nii progressiivne paralüüs kui ka taabes on kõige raskemad süüfilise põhjustatud haigused, sest esimese tagajärjeks on enamasti haige vaimsete võimete ränk vigastus ehk nõdrameelsus, millele sageli järgneb surm 3—4 aasta vältel, ja teise tagajärjeks haige varem või hiljem invaliidiks ja suguvõimetuks muutumine mitmekesiste halvatusete ning teiste terviseriketete saatel. Kuid nüüdsel ajal päästavad teatud erilised raviviisid veel paljusidki nõdrameelsusest ning täielikust invaliidsusest, eriti malaaria.

Progressiivse paralüüsi kulgemine ühes sellega kaasaskäivate vaimsete häiretega kuulub vaimuhaiguste valdkonda ega leia seepärast siin lähemat käsitlemist.

Olgu vaid märgitud paar asjaolu ja tähelepanu juhitud sellele, et igale süüfilise põdejale peab tehtama tervistumise ning närvisüüfilise kindlaksmääramiseks tingimata ka pea- ja seljaajuvedeliku analüüsi.

Kui hoolimatu on mõni haige enese ja omaste suhtes, selleks üks näide isiklikust arstipraktikast. Naisel tõmbsoonte laiendiga jalaäärel selgus seal tekkinud haavandi põhjusena vana ravimata süüfilis. Edasi selgus veel, et noorem tema kahest lapsest põeb kaasasündinud süüfilist. Naine oli enese ja lapse süüfilisest täiesti ebateadlik, mispärast oli vajalik järele vaadata ka tema meest ja peamiselt selle enese huvides. Kuigi mees ilmus kõnetundi, ei nõustunud ta läbivaatamise ja vereproovi tegemisega, eitades kategooriliselt enesel süüfilise olemasolu võimalust. Tema üldtervis olevat alati

hea olnud, ja väliselt see näiski nii. Möödus 1½ aastat, kui naine tuli teatega, et tema mees on ootamatult nõdrameelseks jäänud ja vaimuhaiguste kliinikusse viidud. Mehe nõdrameelsuse — progressiivse paralüüsi — põhjuseks osutus siiski 15 aastat varem väga puudulikult ravitud süüfilis, mida mees salgas naisele ja arstile. Huvitav on ka asjaolu, et naine oli vahepeal arvamusele jõudnud, et ta nakatus mehe sõjas olles süüfilisse meestuttavalt, kes pidi ühtlasi olema tema haige lapse tõeliseks isaks.

Kogu perele sai saatuslikuks mehe peaaegu ravimata ja 15 aasta vältel arvatavasti avaldumata süüfilis, millest mees vist uskus tervistunud olevat, kuigi vahepeal selgunud naise ja lapse haigus pidi teda veenma vastupidises. Võimalik on ka tema äärmine hoolimatus enese ja perekonna suhtes. Lapse kaasasündinud ja ema süüfilise avastas vereproov, kuid seejuures peab uuesti toonitama, et on küllaltki juhtumeid, kus jalasääre haavandi või närvisüsteemi nähtude süfiliitilist päritolu ei avasta mitte vereproov, vaid ainult ajuvedeliku analüüsimine. Sellest lähemalt peatükis „Süüfilise diagnoosimine“.

Seljaajukuive (*tabes dorsalis*).

Seljaajukuive ehk taabese sõltuvust süüfilisest ja nimelt selle mitteküllaldasest ravimisest tõestasid esmakordselt Fournier Prantsusmaal ja Erb Saksamaal. Wassermanni reaktsiooni leiutamine tõestas veelgi enam seda fakti, sest see reaktsioon osutus 75—80% taabesehaigeist positiivseks veres ja 95% positiivseks ajuvedelikus. Edasi kinnitas taabese süfiliitilist päritolu kahkjate spirohheetide leid seljaajuvedelikus ning -koes ja viimasega poogitud katseloomade haigestumine süüfilisse.

Väljaarenenud taabes kujutab enesest süüfilise tagajärjel tekkinud seljaaju tagumiste närvijuurte skleroosi (lupjumist) ja teatud närvelementide kõhetust ning väärastust. Selle tõttu seljaaju vähe- neb läbimõõdus — ta kuivab kokku.

Taabes algab tavaliselt 15—30 aastat peale süüfilisse nakatumist, harva varem, juba 5—8 aasta pärast. Nagu eespool märgitud, põevad mehed seda haigust mitu korda sagedamini kui naised. Laste taabese põhjuseks on kaasasündinud süüfilis.

Tänapäeval areneb seljaajukuive ainult 1—2% süüfilishaigeist. Seega on tema juhtude arv tunduvalt vähenenud, tänu süüfilise varasemale äratundmisele ja parematele ravivahenditele.

Miks taabes ühtedel tekib ja teistel mitte, on lõplikult selgitamata. Selleks on mitmesuguseid arvamusi ja oletusi (vt. lk. 103). Paljud klinitsistid on täheldanud, et isikuil, kel süüfilise alguses tekkisid sagedased ja ägedad haigusnähtude n a h a l, arenes hiljem vaid harva närvisüsteemi ning siseelundite raskemakujuilisi spetsiifilisi vigastusi. Seevastu on tabeetikuil ja paralüütikuil süüfilis algul reeglipäraselt esinenud ainult harvade ning nõrkade n a h a n ä h t u d e saatel või koguni ilma sümptoomideta (*sypilis sine exanthemate*). Seepärast arvavad mõned, et nahalööbega juhtudel süüfilise II järgus töötab organism välja kaitseallikaid, mis takistavad kahkjate spirohheetide tungimist närvisüsteemi ja siseelunditesse. Aga tähtis võib olla ka see, et need, kel süüfilis kulgeb ilma nahanähtudeta ja retsidiivideta, katkestavad ravi enneaegselt.

Huvitavad on veel täheldused isikute kohta, kes nakatusid süüfilisse ühest allikast. Paljudel neist tekkis hiljem kas taabes või progressiivne paralüüs. Mendel pani tähele, et mees andis süüfilise oma naisele ja suri hiljem progressiivsesse paralüüsi; naine abiellus uuesti ja nakatas oma teise abikaasa; hiljem arenes neil mõlemal taabes. Tähelepanu väärivad ka taabese ja progressiivse paralüüsi perekondlikud juhud, kus nad arenesid nii vanemal kui ka nende lastel. Need faktid räägivad päriliku kalduvuse ja kahkja spirohheeti erilise liigi kasuks.

Siiski esineb ka vastandlikke nähtusi, kus süüfilis areneb ning kulgeb erinevalt isikuil, kes nakatusid ühest allikast, ja erinevalt ka abielupooltel ning perekonnaliikmeil. Süüfilise samasuguse kulgemise põhjuseks võivad olla ka ühesugused elutingimused, eluviis, töö iseloom, ravi ja organismi vastupanuvõime iseärasused (konstitutsioon).

Seljaajukuive jagatakse tema nähtude järgi 3 järku:

1) **Neuralgiline** ehk **preataktiline** järk areneb aeglaselt ja algul haiget häirimata. Seepärast on ka raske taabese algmomenti kindlaks määrata. Sageli on taabese kõige varasemaks tunnuseks kõõlusreflekside kadumine jalgades. Kaovad kannan- ning põlverefleksid, mille eel nad võivad mõnda aega olla kõrgenenud. Mõnikord on põlverefleks veel kõrgenenud, kui kannarefleks juba kadunud on. Aga põlverefleks võib puududa ka tervel inimesel.

Kõige tähtsamaks seljaajukuive tunnuseks on silmaavade tardumine, mis esineb peaaegu igal taabesehaigel ja juba üsna varakult. Silmaavad ei reageeri valgusele, s. t. neil puudub normaalne omadus valguse käes ahenduda ja pimedas laieneda. Nad ei muuda oma suu-

rust sõltuvalt valguse tugevusest. Seejuures on silmaavad tavaliselt väga kitsad (*myosis spinalis*), näöpnöelapea suurused, harva laienedud. Sageli on üks silmaava teisest suurem. Silma akommodatsiooni muutused võivad püsida.

Eeltoodud jalgade reflekside kadumine ja muutused silmades ei häiri vähimalgi määral haigete enesetunnet.

Edasi tekivad tundlikkushäired: jala ja sõrmeotste „suremine“, sipelgate ronimise tunne jalgadel, ülitundlikkus kompimise ja valu vastu. Objektiivselt leitakse külmuse ülitundlikkust selja alumises osas ja valutundlikkuse nõrgenemist või kadu laikude ja vöötmete kujul jalgadel ning rindkerel. Seljaaju tagumiste närvijuurte ärritus tekitab pigistus- ja valutunnet, nii et haigel on tunne, nagu pigistaks tema rindkeret tugevasti ümberseotud vöö. Jalgades esinevad äkilised, välgutaolised valupisted, kordudes iga $\frac{1}{2}$ —1 minuti järel ja vahetades oma asukohta (lansseerivad kriisid). Need valukriisid esinevad hooti ja püsivad mõne tunni või ka mitu päeva, et siis lühemaks või pikemaks ajaks kaduda. Mõnikord on valu väga äge, teinekord nõrk. Valuhood esinevad 90% haigeist, peamiselt ühes jalas ja öösi. Nad tekivad eriti ilmastikumuutuste puhul, mis pärast neid ekslikult arvatakse reumaatilisteks. Valukriisid esinevad ka kätes, eriti küünarnuki piirkonnas. Mõned haiged kaebavad näriivate valude üle liigestes ja kiskuvate valude üle ristluudes. Harvemini tekivad valud kukla ja kolmiknäarvi piirkonnas ning neuralgilised ja migreenitaolised valuhood peas.

Kõige sagedamini esinevad aga valuhood kõhus (gastrilised ehk maokriisid). Need on tugevad kõhuvaluhood, mis tekivad enamasti äkitselt koos oksendamisega. Okse on limane, sapisegust kollakas, sisaldades mõnikord ka verd. Haige ilme on kahvatu, pulss kiirenenud. Valuhood vältavad tavaliselt 1—3 päeva, aga ka 1—2 nädalat. Hoogude vaheajad on algul pikemad, hiljem lühemad. Maokriisid korduvad sageli iga mõne kuu järel. Nende põhjuseks arvavad haiged maohaavandeid, sapikive ja pimesoolepõletikku. Harvemini tekivad parasoolekriisid koos kõhulahtisusega ja kurgukriisid, mis tekitavad lämbumistunnet, läkaköhataolist köhimist ning häälendamishäireid. Raskekujulised kurgukriisid on eluohtlikud. Veel võivad esineda neelu-, söögitoru-, kusetoru- ja neerudekriisid valuhooodega neis piirkonnas.

Kui haigel on korraka olemas põlverefleksi puudumine, silmaavade tardumine ja välgutaolised valud, siis on taabese diagnoos kindel ka

muude tunnuste puudumisel. Tähtsaim neist kolmest on silmaavade tardumine.

Hiljem tekib tundlikkuse nõrgenemine, aga kompimistunne püsib hästi.

Tekivad ka silma välislihaste halvatused, enamasti ühes silmas. Halvatud on ülemine laug ja silma liikumine, mis võib iseeneslikult kaduda, taastekkida ja ka pidevalt püsima jääda. Silmaliigutajainärvide haigestumisel näeb haige kahekordselt.

10—15% taabesehaigest tekib mõlemapoolne nägemisnärvi kõhetumine, mis enamasti lõpeb haige pimedaksjäämisega. Ent vaheaeg kummagi silma haigestumisel võib vältida kuid, harva aastaid. Kõige kiiremini areneb nägemise kadumine 2—3 kuu, keskmiselt siiski 2—3 aasta, hiljemalt 10 aasta vältel. Kõhetusele võib eelneda värvipimedus, eriti rohelise värviga suhtes.

Kuulmis-, haistmis- ning maitsmishäired tekivad harvemini.

Kaunis varakult võivad tekkida ka põiehäired, mille puhul kusi iseenesest väikesel hulgal välja voolab. Samaaegselt võivad tekkida ka pärasoole sulgurite häired ja suguvõimetus. Viimase eel käib sageli sugutungi suurenemine. Naistel on kuuvered korrapärased, püsib alles rasedaks jäämise võime ja nad võivad sünnitada terveid lapsi.

Taabese I järk vältab 2—20 aastat. Mõnikord jääbki haiguse arenemine esimeses järgus peatuma, esinedes vaid üksikute tunnustega, eriti ravi toimetel.

2) Taabese II järku nimetatakse **atakiliseks**. Siin lisandub I järgu tunnustele nn. liikumisataksia, mille põhjuseks on sügavtundlikkuse nõrgenemine ning kadumine jalgades. Seejuures säilib lihaste jõud normaalsena. Algul märkab haige, et ta pimedas või suletud silmadega kaotab kergesti keha tasakaalu. Kõndimine ning seismine muutub ebakindlaks, kui haige oma jalgu ei näe. Muutub ka kõnnak — ja l g a d e a t a k s i a. Kõndimisel tõstab haige jala liiga kõrgele ning kaugele ette, mille järel see raskelt alla langeb. Jalad liiguvad laiakaareliselt, kõnnak on raske ning ebakindel (atakililine kõnnak). Kiiresti ülestõusmisel haige vaarub. Kõnnaku suund püsib siiski sirgjoonelisena. Haige ei suuda lamades ühe jala kannaga puudutada teise jala põlve ja see õnnestub vaid korduvate katsete järel. Redelilt alla tulles ei leia haige kohe alumist pulka ega suuda sinna kohe oma jalga toetada. Kiirel seisatamisel ja ümberpöördumisel ta vaarub. Jalgade sügavtundlikkuse kadumisel ei saa ta enam liikuda ilma toeta või abita. Seismisel suletud silma-

dega ja kannad koos kõigub haige tugevasti ja tahab nagu kukkuda (R o m b e r g'i s ü m p t o o m). Jalgade ataksia suureneb vaid aeglaselt aastate jooksul, kuni haige jääb voodisse.

Lisanduda võib veel k ä t e a t a k s i a. Algul ei suuda haige sõrmeaga otseselt tabada ninaotsa, kõrvalehte ega kahe käe sõrmeotsi kokku viia, sattudes neist korduvalt mööda; kirjutamine ja peene töö tegemine raskeneb, kuni haige ei suuda enam kirjutada ega riietuda ja jääb abituna voodisse. Õnneks esineb seda harva. Pea ja kaela liigutustes häireid ei teki.

Üldtoitumus kannatab, haiged muutuvad raskelt kurnatuks. Tundlikkuse puudumise, vereringe korratuste ja koe toitumisriikete tagajärjel tekivad mõnel haigel liigeste paistetust seroosse vedelikuga ja lülisambaliigeste ning põlve väärastust; seda saadab liigese moonutus ehk deformatsioon (*genu recurvatum* jt.). Luud muutuvad hapraks, tühistel põhjustelgi murduvaks. Kõverduda ning murduda võib ka lülisammas. Jalatallale tekivad hilises perioodis sügavad, ümmarikud haavandid (*mal perforant*), eriti varvaste ning kanna alla. Need on rasked paranema. Juuksed, küüned ja hambad langevad mõnikord valuta välja. Sageli on ilma valuta ka liigeste moonutused. Harva esineb poole keele halvatus.

Enamikul taabesehaigeist leidub aordiklappide tegevuse puudulikkust või aordi laienemist (aneurüsmi) aordiseinte süfiliitilise põletiku tagajärjel. Seejuures on esiplaanil kas südame või taabese tunnused.

Seljaajukuive ei põhjusta vaimseid häireid, kui haigus ei levi ajukoorele. Üldiselt levib ta sinna harva ja siis lisanduvad progresiivse paralüüsi nähud (kõnehäired, suurushullus, vaimsed puuded). Mõlemad haigused võivad areneda ka üheaegselt (tabo-paralüüs).

Ataktiline järk võib vältada palju aastaid. Mõnikord tekib haiguse arengus seisak, mõnikord tunduv paranemine, aga siis halveneb tervislik seisund uuesti.

3) Taabese III, halvatuslik järk areneb harva ja algab ajast, mil suurenenud ataksia nähud sunnivad haiget voodisse jääma. Tavaliselt hukuvad haiged juba varem. Ses viimases järgus suureneb jõuetus, kõhetuvad lihased, areneb jalgade ja põie halvatus. Tekivad lamatishaavandid, põie limanahanekroos, üldine närtsimuslikkus (*marasmus*) ja põie-neeruvaagna põletik, milledest igaüks võib tuua haigele surma, samuti kui juhuslikult lisanduvad teised haigestumised.

Haiguskulg ja ennustus. Taabes kulgeb väga mitmesuguselt. Igal haigusjuhul on omad eriomadused, nii et ei saa edaspidiseks üles seada mingeid reegleid. Ühtedel juhtudel kerkiavad esiplaanile ühe rühma sümptoomid, kuna teine rühm puudub või esineb väga nõrgakujuliselt. Üldiselt aga võib täheldada järjekindlat, kuigi aeglast haiguse progresseerumist, eriti ravi puudumisel. Tulevad esile uued nähud, endised suurenevad, üldseisund halveneb, kuni saabub haiguse viimane järk või surm. Mida varemini peale süüfilisse nakatumist tekib taabes, seda pahaloomuselt ta kulgeb. Haigus võib üldiselt kesta kuni 30 aastat.

Taabesest täielik tervistumine on võimatu, sest ei saa endisse seisukorda seada juba degenerereerunud rakke. Kuid lagunemisprotsessi võib seisma panna. Haiguse arenemises võib ka iseeneslikult tekkida seisak keha vastupanuvõime toimetel. See seisak võib vältida palju aastaid, nii et haiged loevad endid tervistunuks või hästi paranenuks, täidavad oma elukutset ega kannatagi haiguse all. Esinevad ka haiguse rudimentaarsed kujud, kus on olemas vaid silmaavade tardumine, põlverefleksi kadumine ning pistvad valud, kuna teised nähud puuduvad. Säärane olukord võib hiljem muidugi halveneda, kuid seda ei esine mitte alati. Töövõime langeb neil, kel esinevad valukriisid, tasakaalupuudus ja nägemishäired.

Taabese diagnoos ehk äratundmine ei valmista väljaarenenud juhtudel raskusi. Algjärgus (*tabes incipiens*) on otsustava tähtsusega ajuvedeliku uurimine. Wassermanni reaktsioon veres on 30—40% juhtudest negatiivne, aga ajuvedelikus 95% juhtudest positiivne. Ajuvedelikus on suurenenud valguhulk ja valgete vereliblede arv. Taabese soikumise ja kadumise järel muutub ajuvedelik jälle normaalseks. Haiguse varane kindlaksmääramine on väga tähtis, sest ainult varase raviga saab ära hoida haiguse edasist arenemist.

Ravi ga saab pidurdada haiguse arenemist, kergendada mõnda tema nähtu ja ära hoida ning parandada siseelundite vigastusi. Juba alanud seljaajukuiivet peab alati spetsiifiliselt ravima, sest kuigi ei saavutata täielikku tervistumist, õnnestub saavutada tunduvat paranemist ja protsessi seismapanekut. Ravi peab vältama vähemalt seni, kuni Wassermanni reaktsioon ajuvedelikus muutub negatiivseks. Ravi toimetel võivad kaduda tundlikkushäired, valud, ebakindel käik jne., või nad vähemalt paranevad. Kui veel pole aset leidnud laostumisprotsess mõnes seljaaju tähtsas osas, on välja vaated tervistumiseks otstarbeka ravi puhul head. Lähemalt on taabese ravimist käsitletud lk. 203 jj.

Taabese vältimiseks peab iga süüfilisjuhtu ravitama korrapäraselt, põhjalikult ja otstarbekalt ning ravi alustatama võimalikult varakult ja jätkatama kuni haige täieliku tervistumiseni. Seejuures peab haige hoiduma kõigist eelmainitud kahjulikest teguri- test, mis soodustavad taabese teket, eriti alkoholi liigtarvitamisest. Kunagi ei tohi süüfiliseravi lõpetada vaid Wassermanni reaktsiooni negatiivse tulemuse põhjal veres, sest WaR on veres sageli negatiivne ka siis, kui ta ajuvedelikus on veel positiivne.

V. Kaasasündinud ehk sünnipärane („pärilik”) süüfilis

(*syphilis congenita*).

Praegusaja teadus eitab vanemalt päritava ehk päriliku süüfilise olemasolu selle sõna kitsamas mõttes. Päriliku süüfilise all peaks mõistma süüfilisviiruse toime tagajärgi meheseemne (sperma) või naise munaraku rakuliste elementidele ja ihuvililasele (lootele), kuid kahkja spirohheedi tungimine seemneniidisse (spermatozoidi) või naise munarakku on mehhaaniliselt võimatu ilma ühe või teise hävimiseta. Vähemalt ei saa oletada, et seemneniidike ja munarakk, mõjutatuna ning muudetuna spirohheetidest või nende toksiinidest, saaksid täita oma füsioloogilisi funktsioone. Pole ka seni keegi tõestanud, et mõnd nakkushaigust võiks pärida seemneniidikese abil.

Varem arvati, et vanemate süüfilis kandub ihuvililasele üle peamiselt isa seemne või ema munaraku kaudu, kuid nüüd on kindlaks tehtud loote nakatumine üsasisesi (emaihus) ainult emakoogi (platsenta) kaudu. Kui laps nakatub sünnitamisel haigest emast, siis ei ole see kaasasündinud, vaid omandatud süüfilis. Nii on kaasasündinud süüfilise puhul alati tegemist vaid loote otsese nakatumisega oma emast, kuna isa on siin vaid kaudne süüdlane, kes nakatab lapse ema ja see siis omakorda loote. Platsenta kaudu loote nakatumist tõendavad ka juhud, kus süüfilishaige lapse ema nakatus alles peale sigitust, raseduse ajal. Sellele kindlale veendumusele aga jõuti alles 25 aastat tagasi peale sajandeid kestnud vaidlusi süüfilise ülekandumise viiside üle lootele. Et haigus edasi kandub, seda teadsid juba XVI sajandi arstid — Paracelsus (1529. a.), Ferrierus (1553. a.), Fallopia (1564. a.) jt., kuid ei teatud, mil viisil. Auger Ferrierus arvestas juba kolme tegurit: 1) süfiliitiline mehe-

seeme, 2) süfiliitiline munarakk ja 3) pärast sigitust (rasedaks jäämist) süüfilisse nakatunud ema veri. Nende kolme põhjuse ümber kestsidki vaidlused. Enamik teadlasi pooldas selle ülipika aja vältel arvamust, et loote nakatumises tuleb süüdlaseks lugeda isa, mille tõestuseks muuseas esitati juhtumeid, kus ainult isa ravimise puhul ema sünnitas terveid lapsi. Arvati ka, et isa seemnest nakatatud lootest võib raseduse ajal nakatuda seni terve ema (*choc en retour*), sest mõnedel emadel täheldati (küll harva) raseduse ajal süüfilise teisese järgu välisnähtude tekkimist.

Arvamuse alusel, et loode nakatub süüfilisse haige isa seemnest, loeti varem võimalikuks haige lapse sündimist tervest emast (Colles-Baumès'i seadus) ja ema mittenakatumist oma süüfilishaigest lapsest (ka imetamisel). Küll haigestusid süüfilishaigest lapsest terved ammed, kuna emal pidi haigelt lootelt olema omandatud immunitet süüfilise vastu; see väide tundus seda usutavam, et säärased emad ei nakatunud ka süüfilismaterjali kunstlikul külgepookimisel. Teine seadus (Profeta oma) ütles, et süüfilishaiged emad võivad sünnitada terveid lapsi ja neid ise imetada, sest nende lapsed on pikka aega, sageli eluaeg mittevastuvõtlikud süüfilisse nakatumisele (immuunsed); kui nad kord nakatuvadki, siis kulgeb neil haigus kergelt. Immuunsuse pidid säärased lapsed omandama emaihus.

Need vaated muutusid põhjalikult tänu Matzenaueri töödele käesoleva sajandi alguses, Wassermanni reaktsiooni leiutamisele ja kahkja spirohheedi lähemale tundmaõppimisele. Matzenauer oli esimene, kes toonitas, et loode nakatub alati oma emast ja seda peamiselt platsenta kaudu, ainult harukordadel ka munaraku kaudu. Raseduse ajal emal tekkivaid teisese süüfilise nähte tuleb arvata retsidiivnähtudeks ja isa ravimisega saavutati ainult ema mittenakatumist süüfilisse.

Peale vastava vereproovi (WaR-i) leiutamist 1906. aastal selgus omakorda, et „immuunseks“ loetud emad ja lapsed põdesid süüfilist peidetud ehk latentsel kujul ja nad ei nakatunud süüfilisse seepärast, et nad teda juba põdesid. Peale vereproovi tõestab säärase emade süüfilist veel kahkjate spirohheetide leid nende mahlanäärmeist, nabaväädist ja platsentast. Loode sisaldab kahkjaid spirohheete ka ainult siis, kui neid leidub platsentas või nabaväädis. Seal leidub neid isegi siis, kui emal on negatiivne WaR.

Igal juhul on kaasasündinud süüfilisega laps kindlaks tõenduseks ema süüfilise kohta,

kes seepärast peab ka ise last imetama ja seda tegema vähimagi kartuseta. Säärase lapse imetada andmine võõrale tervele ammele on kuritegu, sest haigest lapsest nakatub amm. See võimalus on isegi siis, kui lapsel puuduvad välised süüfilise tunnused.

Kahkjad spirohheedid kanduvad emast lootesse nabaväädi kaudu peale 4. raseduskuud, kui lootel on alanud emaga ühine platsentaarne vereringe. Seepärast puuduvad 3- kuni 4-kuuselt hukkunud loodetel süüfilisnähud ja nende kudedes pole ka kahkjaid spirohheete leitud. Et loode nakatub emast 5. raseduskuul, saab süfiliitilisi muutusi mikroskoobiliselt kindlaks teha vaid neil loodetel, kes hukkusid umbes 5 kuu vanuselt.

Loode nakatub süüfilisse seda kindlamini, mida värskem ja vähem ravitud on ema süüfilis. Et nakatumine toimub otseselt vere kaudu, siis puudub vastsündinul kõva šanker. Kui ema nakatub süüfilisse raseduse viimasel 3.—4. nädalal ja tema ravi alustatakse kohe, võib ta sünnitada terve lapse, kuid ei tohi vastsündinut ise imetada. Säärast last toidetagu tervelt ammelt lüpstud piimaga. Üldiselt on tervete laste sünnitamiseks seda enam võimalusi, mida vanem on ema süüfilis, eriti kui nakatumisest on möödunud üle 15—20 aasta. Need võimalused suurenevad paralleelselt teostatud ravi rohkusega. Esineb juhtumeid, kus süüfilishaigeid lapsi sünnitanud ema toob vahepeal ilmale terve lapse ja seejärel jällegi haige lapse; terve lapse sünnitamine on tingitud ema vahepealsest ravist, eriti veel raseduse ajal. Kui süüfilishaigete vanemate lapsel ei esine haigusnähte esimesel eluaastal ja temal WaR on negatiivne, siis loetakse seda last praktiliselt süüfilisevabaks ehk terveks.

Ravimata süüfilishaigete abielud aga jäävad sageli lastetuks. Suur osa rasedustest katkeb iseeneslikkude abortidega („äraheit- ted“), enamasti 4.—5. raseduskuul, kuid ka 3.—4. kuul, sageli 7.—8. raseduskuul. Rasedus võib lõppeda ka surnud lapse sündimisega, kusjuures olgu tähendatud, et mitte kõik, vaid ainult osa surnud laste sünnitamisest on tingitud süüfilisest, kuna teisel osal on mitmed teised põhjused. Fournier kirjeldas 18 süfiliitilise perekonna saatust, kus 161 rasedusest sündis 137 last surnult, seega suremus 85%. Sünnivad ka enneaegselt või väljakantult raskete süüfilisnähtudega eluvõimetud lapsed, kes enamikus surevad esimestel elupäevadel, nädalatel või kuudel. Kõigist süüfilisnähtudega sündinuist sureb nende ravimata jäämisel või raviga hiline- misel juba esimesel eluaastal 75—80%. Tsaariaegsel Venemaal hukkus enne eelmist maailmasõda süüfilise tagajärjel aastas üks

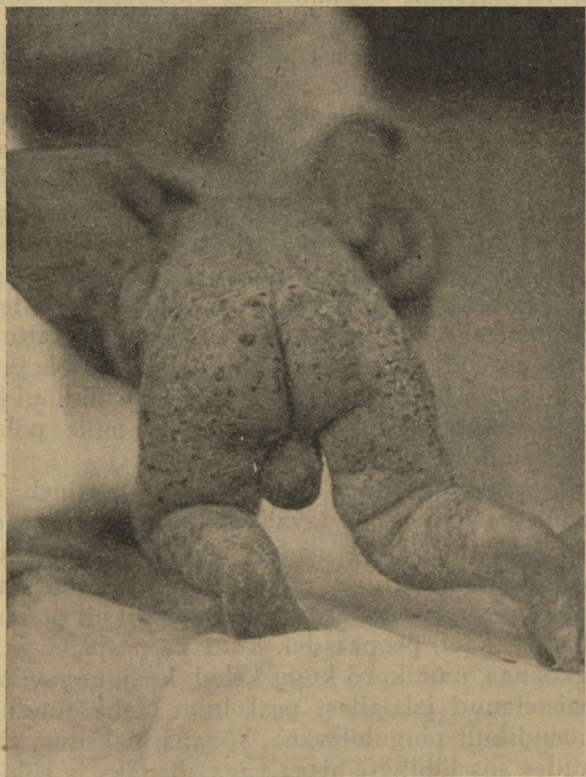
miljon last ja Prantsusmaal hävib neid 50—60 tuhat juba emaihus. Peale selle sureb Prantsusmaal süüfilise tagajärjel igal aastal veel 100 000 vastsündinut. Õudseid andmeid sellelt alalt võib tuua ka teistest riikidest.

Ilma haigusnähtudeta sündinud süüfilishaigeist lastest jääb ellu seda rohkem, mida hiljem neil süüfilis avaldub.

Kui lapsed sünnivad süüfilisnähtudega või ka näilikult terve-tena, aga neil viimastel kaasasündinud süüfilise tunnused tekivad elu esimesil päevil, nädalail, kuudel või hiljemalt nelja eluaasta vältel, siis nimetatakse seda *varaseks kaasasündinud süüfiliseks* (*syphilis congenita praecox*). Enamikul kaasasündinud süüfilisega lastest on haigustunnused olemas juba ilmaletulekul. Ilmuvad need aga pärast 4. eluaastat (kõige sagedamini 7.—16. eluaasta vahemikus) või hiljem (20.—30. eluaastail), siis on see *hiline kaasasündinud („pärilik“)* süüfilis (*syphilis congenita* ehk „*hereditaria*“ *tarda*). (Sõna „pärilik“ on ebasobiv ja seda võiks vahest tarvitada ainult teise ja kolmanda sugupõlve teatud nähtude puhul.) Selle nähud kuuluvad peaaegu alati süüfilise kolmandasse järku. Ilma välistunnusteta kaasasündinud süüfilist nimetatakse peidetud kaasasündinud süüfiliseks (*lues congenita latens*). Tekivad imikul roseoolid esmaselt 2½—3 kuu vanuselt, siis on selle põhjuseks nakatumine sünnituse ajal või varsti peale seda ja see pole siis mitte kaasasündinud, vaid omandatud süüfilis, kuigi imikul peaks puuduma kõva šanker. Omandatud süüfilise puhul ei teki vastsündinuil sageli kõva šankrit või ta kaob iseenesest nii kiiresti, et jääb diagnoosimata.

Varase kaasasündinud süüfilise tunnused.—Haiged lapsed kaaluvad sündides sageli ainult ½—2 kg (Mülleri andmeil on ainult 7% vastsündinuist normaalne kaal — üle 3200 g), nad on kidurad, kortsus nahaga, mis annab neile vanainimese ilme, puudulikult arenenud küüntega, sageli väga suure peaga (see võib tingitud olla ka teistest põhjustest) ja muude arenemisvigadega. Ühtedel on süüfilisnähud nahal ja limanahkadel juba ilmaletulekul, teised on ilma haigusnähtudeta, mis siis tekivad esimesil elupäevil või nädalail, enamikul (80%) igitahes kahe esimese elukuu vältel. Nähud nahal ning limanahkadel ja nende kulgemine on samasugused kui täiskasvanuil omandatud süüfilise puhul. Puuduvad vaid kõva šanker ja mahlanäärmete suurenemine või see viimane avaldub nõrgalt. Sagedamini kui täiskasvanuil esinevad *roseoolid* ka näol, tuharail, reitel, peopesa-

del ja jalataldadel. Lamatiskohtadel ja suguosadel kalduvad roseoolid muutuma leemendavaiks haavandeiks (erosioonideks), samuti kui roseoolidega sageli üheaegselt esinevad paapulid. Harilikult esinevad roseoolid juba sündimisel või tekivad mõne päeva pärast, kadudes varsti iseenesest. Nädalate pärast tekkivad roseoolid on



6. joon. Papuloosne lööve 4-kuusel lapsel kaasasündinud süüfilise puhul.

alati omandatud süüfilise kahtlased. Paapulite tekitatud haiguspilt sarnaneb täiskasvanute omaga (vt. tahvel IV), misjuures nad eelistavad pesitsemist eriti peopesadel ja jalataldadel. Niisikeil kohtadel, päraku, silmade, huulte ja ninasõõrmete piirkonnas hauduvad paapulid kergesti, kaldudes lõhesid tekitades mädanema ja paranedes armistumisega.

Laiad kondüloomid esinevad retsiidiivnähuna, eriti 1- kuni 4-aastastel lastel, moodustades neil 70% kõigist haigustunnuseist. Üheaegselt laiade kondüloomidega esinevad sageli suuõõne limanaha vigastused.

Võrdlemisi sageli esineb vastsündinuil **mädavilline süüfilis** (*pemphigus neonatorum syphiliticus*), mis vastab täiskasvanute pustuloossele süüliidile ja on raskemaid haigusnähte. See tekib lootel mõnikord juba emaihus, ema viimaseil raseduskuul, esinedes siis lapse sündimisel. Enamasti areneb pemfigus siiski vastsündinu esimesel elunädalal, harva esimese kuu vältel. Eriti iseloomustav süüfilisele on mädavillide asetsemine peopesadel ja jalataldadel, kuna hariliku pemfiguse puhul on need kehaosad villidest puhtad ehk vabad. Villid on algul täidetud vesise vedelikuga, mis muutub paari päevaga mädaseks. Mädavillid on tavaliselt läätsetera kuni herne, harva ka pähkli kuni ploomi suurused. Neis leidub kähkjaid spirohheete, mille tõttu nad on nakkuse suhtes ohtlikud laste eest hoolitsejaile. Hiljem villid kuivavad ja kattuvad mäda-koorikuga. Sageli võib villidega kõrvuti näha roseoole ja paapuleid. Sageli katavad süüfililise pemfiguse villid vastsündinul kogu keha. Säärased lapsed surevad 2—3 nädala vältel, mille põhjuseks on samaaegne siseelundite süüfilis. (Vt. tahvel IV.)

Ainult kaasasündinud süüfilise puhul esineb omapärane **naha laialdane paistetuse**, mis tavaliselt tekib esimesil elunädalail ja areneb täiesti välja 3—4 nädala vältel. See on väga sage-dane kaasasündinud süüfilise näht. Algul tekivad nahale laialdased või mitmes suuruses piirdunud, ümmarikud punased laigud, eriti jalataldadel, näol, peopesadel, kuid ka peanahal ja loomulike avauste piirkonnas, mõnikord kogu kehal, kusjuures viimasel juhul nahk on paistetunud jalatallast pealaeni. Nahk tundub komplemismisel ebaloomulikult pingulolevana, kõvana, paksuna, vähepainduvana, muutudes siis lühikese ajaga väga siledaks ja läikivaks, olles kaetud nagu lakiga, eriti peopesadel ja jalataldadel. Nahk on kollakas-kahvatu ja lõheneb silmalaugude, ninasõõrmete ning huulte ümbruses; sageli langevad osaliselt või täielikult välja silmakulmud, ripsmed, pesade kaupa ka juuksed; küüned murduvad kergesti. Lõhede asemele, eriti suunurkades, jäävad tavaliselt eluajaks lehvikutaoliselt laialivalguvad võrdlemisi pikad võotmetaolised armid. Mõne aja pärast taandareneb haigusprotsess tugeva kestendusega ja naha paistetuse alanemisega, kuni nahk aeglaselt muutub väliselt jällegi normaalseks.

Kaasasündinud süüfilisega lastel esineb väga sageli **ninaõõne limanaha turse ja paistetuse**, mille põhjuseks on peamiselt paapulid. See tekib esimesil elunädalail ja väljendub kroonilises **nohus** (*coryza* ehk *rhinitis syphilitica neonatorum*), mis kestab mitu kuud. Vastandina harilikule nohule on eritis ninast kasin; selles võib leida kähkjaid spirohheete. Limanahale tekivad verd immitsevad haavandikesed, mis peatse mädase lagunemise järel katuvad kollakaspruunide koorikutega. Viimastest tekkiv ninaõõne ummistus raskendab tunduvalt lapse hingamist ja eriti imemist. Vastav ravi kõrvaldab süfiliitilise nohu kõigi kõrvalnähtudega kiiresti, kuna süüfilisevastase üldraviga hilinemisel levib mädane lagunemine nina kõhrele ning luule, millede hävimine põhjustab ninaselja sisselangemist ja **s a d u l n i n a** tekkimist.

Kurgu limanaha põletiku (*laryngitis syphilitica*) põhjuseks on paapulid ja haavandid, mis muudavad vastsündinu hääle kähisevaks ja tekitavad mõnikord ka hääle kõlatust (afooniat). Hiljem, erandjuhtudel juba 4.—5. eluaastal, võib ravimata juhtudel toimuda pehme ja kõva kurgulae mulgustumine gummade tagajärjel. Söögitorus võivad gummad põhjustada neelamist takistavat kitsust (stenoosi). Suuõõne limanahal võivad esineda *plaques muqueuses* (limanaha paapulid).

Nahal ja limanahal varem või hiljem tekkivad gummad põhjustavad lagunemisel mädaseid haavandeid, mis sarnanevad täiskasvanute gummadega.

Väga iseloomustavad ja sagedased on varasele kaasasündinud süüfilisele ka mitmekesised **luude vigastused või puuded** (düstroofiad), mis arenevad lootel emaihus 5.—7. raseduskuul ja vastsündinuil ka esimestel elukuudel. Need omapärsed luude vigastused etendavad väga tähtsat osa vastsündinute, imikute ja ka vanemate laste kaasasündinud süüfilise äratundmises. ^{4/5} haigeist lastest leiab aset luudeotste (epifüüside) tainjas turse luu ning kõhre vahelisel piirjoonel (*osteochondritis syphilitica*), mis tabab eriti pikki torulisi luid jäsemeil ja õlgadel. Iseloomustav on toruliste luude kõhresisene luustumine. Luude otsad ja mõnikord ka toruliste luude keskkohht (diafüüs) on paksenenud. Luude komplemismisel on tunda mügarlikke luumoodustisi (eksostoose) ja luuümbrise muutusi kolju-, jäsmete-, rinna- ning sääreluudel. Mõnikord on põlvekeder kinni kasvanud. Esineb ka põlveliigese paistetuse. Selle vedelikust kui ka epifüüside koest võib leida kähkjaid spirohheete. Kubemenäärmete suurenemine on harilikult mitte süüfilise, vaid

tuberkuloosi tunnus. Õlaluu ja õlavarre osteohondriidi tagajärjel on käsi nagu halvatud (Parrot' vale- ehk pseudoparalüüs), harvemini jalg. Halvatus tõelikult puudub, aga laps ei julge jäset liigutada, sest see tekitab talle luuturse ja naha põletiku ning pinguloleku tõttu valu. Ka haigestunud jäseme puutumine ja muljumine, veel enam aga vägivaldne liigutamine tekitab lapsele valu.

Sageli on paistetanud kaasasündinud süüfilisega lastel kas mõlema või ühe käe mitmed sõrmed (*dactylitis* ehk *phalangitis syphilitica*), mis sarnaneb liigeste tuberkuloosiga. Tünnitaoliselt paksenenud on peamiselt sõrmede alus- (põhi-) faalanksid, harvemini keskmised, mille põhjuseks on lühikeste toruliste luude vigastus või luuüdi gumma. Esineb ka väikese (V) sõrme infantiilne kaju (Dubois), mispuhul see sõrm on juba sündimisel lühem, ilma teiste nähtavate muutusteta ja normaalse talitlusvõimega. Sõrme lühisus sõltub mõnikord teise faalanksi lühemaks jäämisest (Hissari tüüp). 70—80% haigeist lastest on paksenenud parempoolse rangluu rinakupoolne ots (Gigumenakis'e sümptoom) varem põetud luu või luuümbrise kroonilise põletiku tagajärjel. Pahema käega töötajail esineb see näht enamasti pahemal rangluul. Mõnikord puudub lapsel rinnaku (*sternum*) mõõkjätke. Kolju kuju on moonutatud, sageli tuharatekujuline, kahe ettetungiva künkaga lamedal otsmikul, mis ühes väljapoole ulatuvate temporaalluudega annavad näole pirni kuju (Vespasianuse nägu). Tihti kasvavad enneaegselt kinni suured fontanellid. Vahel harva esineb ka kõrge „gooti“ suulagi.

Üldiselt sarnanevad süüfilisest tingitud nähud luudes, liigeseis, näärmeis, nahal ja limanahkadel suurel määral tuberkuloosete nähtudega, mis nõuab lapsel vereproovi tegemist ja tema vanemailt teadete hankimist nende süüfilise kohta.

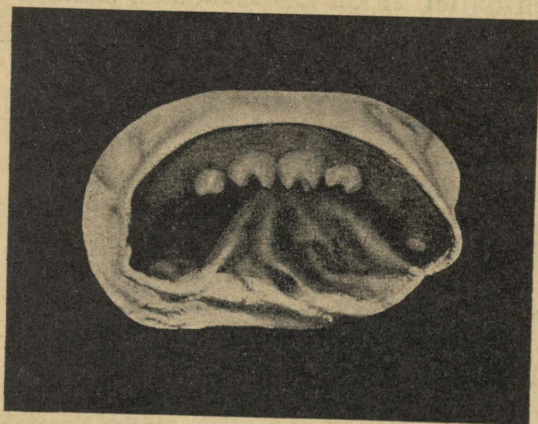
Sageli esinevad lastel ka **verevalumid nahas ja sisekestadel** (*syphilis haemorrhagica*), ka peaaegu kestades, verejooks ninast, suust ja sooltest ilma näiliku põhjuseta, samuti ka verejooks nabast (*omphalorrhagia syphilitica*) peale nabaväädi äralangemist. Esineb ka sünnipärane **vesipea** (*hydrocephalus acutus*), mille põhjuseks pole alati süüfilis, vaid ka teised tegurid (vt. lk. 124). Kõik need nähud ei esine ühel ja samal haigel, vaid ainult üks osa neist.

Elmainitud haigusnähud esinevad kaasasündinud süüfilisega laste enamikul juba esimestel elukuudel. Teisest eluaastast kõik nagu vaibub ning kaob ja laps võib aastaid olla haigusnähtudevaba või nähud ilmnevad tal üksikult ja kergekujuliselt. Hiljem ilmneb aga laste mahajäämine vaimses ja kehalises arengus, nõrk taibukus

ja hilja rääkima õppimine ühes väga piiratud sõnadetagavaraga. Mõned lapsed on idioodid juba algusest peale, teistel tekivad esimesil aastail mitmesugused siseelundite haigestumised, halvatused, peaaajupõletik, langetõbi. Vereproov süüfilise suhtes on 90% juhtudest positiivne. Üldiselt on nii, et kui kaasasündinud süüfilise nähud ei teki esimesel eluaastal, tingimisel, et ka WaR on samaaegselt negatiivne, siis jäävad süüfilishaigete vanemate lapsed edaspidigi terveks, süüfilisevabaks. Siis ei oma lastel esinevad mitmekesised kehalised arenemisvead mingit tähtsust süüfilise suhtes ja nende põhjuseks on teised tegurid, peamiselt rahhiit. Paljud teadlased ei omistagi düstroofiaile kaasasündinud süüfilise kindlaksmääramisel (diagnoosimisel) iseloomustavat (patognoomilist) tähendust, sest terve rida konstitutsionaalseid haigestumisi ja endokriin-vegetatiivseid häireid võib põhjustada samasuguseid puudeid. Kuid sadulnina lapsel on alati kindlaks kaasasündinud süüfilise tunnuseks, samuti kui Robinson-Fournier' lineaalsed ja radiaalsed armid suunurkades, lõual, ülemisel huulel ja põskedel. Tüüpilisel kujul esinevad need armid vaid difuusse süfiliidi järel. Seda sageli ei arvestata, millega lastakse mööda minna õige aeg lapse varajaseks ravimiseks.

Hilise kaasasündinud süüfilise tunnused. — Nagu eespool mainitud, tekivad ühel osal näilikult tervena sündinud lastest kaasasündinud süüfilise nähud alles hiljem, enamikul 7.—16. eluaastal, mõnede arvates kõige sagedamini 10.—12. eluaastal. Kasvavas organismis aastaid peituv ja oma hävitustööd ikkagi tegev süüfilis avaldub siis juba naha, limanaha, luustiku, liigeste, siseelundite ja närvisüsteemi enam-vähem raskete vigastustena, mis sarnanevad omandatud süüfilise gummoossete ja teiste hilisnähtudega, olles ümbruskonnale nakkuse suhtes samavõrra ohtlikud. Välisnähtude puudumisel peetakse kaasasündinud süüfilist esimese 4—5 aasta järel võrdseks kolmandase manifestse või latentse täiskasvanute süüfilisega ja arvatakse teda mittenakkavaks. Kõige sagedamini näib haigestuvat luustik, siis maks, kopsud, põrn, sooled, süda, soonestik ja kõige harvemini närvisüsteem, kuigi viimane pole täisväärtuslik 50% haigeist. Luustiku vigastused esinevad 48%—1 hilise kaasasündinud süüfilisega lastest, neist enamikul 5.—11. eluaastal (81%) ja harvemini 12.—24. eluaastal (19%). Süfiliitilised vigastused võivad esineda korruga mitmes luus ja seda enamasti toruliste luude luu- või luuümbrise-põletiku (osteoperiostiidi) kujul. Närvisüsteemi haigestumise sageduse suhtes on arvamused siiski

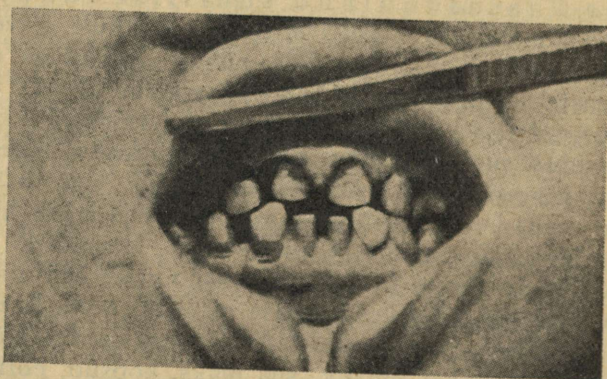
lahkuminevad (3—35—80%). Nahagummadel on palju sarnasust nahatuberkuloosiga. Ainult hilise kaasasündinud süüfilise puhul on sellele iseloomustavaks nähuks nn. **Hutchinsoni triaad** ehk kolmik-tunnus. Kui need tunnused esinevad kõik kolm üheaegselt



7. joon. Hutchinsoni hambad.

üheskoos, siis tõestab see kaasasündinud süüfilist vastuvaidlematult ning kindlalt, kuna üksikult esinedes võivad nad tingitud olla ka rahhiidist. Selle selgitamine nõuab vereproovi tegemist nii lapsele kui ka ta vanemaile.

Esimene näht sellest kolmikust on nn. **Hutchinsoni hambad**. Sel puhul pole jäävhambad are-



8. joon. Ebakorrapärased hambad (*microdontismus*) kaasasündinud süüfilise puhul.

nenud korrapäraselt, vaid keskmised ülemised, harvemini ka alumised lõikehambad on vigased ja moonutatud. Nende lõikeäär on kaaretaoliselt hävinud ja nende hammaste risti-läbimõõt on ebäühtlane — igemepoolne osa laiem kui lõikeääres; nende hammaste asend

on ühtlasi ebakorrapärane, mitte paralleelne, vaid kuidagi viltu. Säärased muutused esinevad mõnikord juba piimahammastel. Sageli leidub hammaste emailil ka risti vaokesi ja pisikesi tassikesetaolisi lohukesi („piimatähnid“). Teised hambad kuluvad kiiresti. Hutchinsoni hambaid leidub kaasasündinud süüfilisega lastest 50%. Üksteisest eemal asetsevail hambail on vaid harva seost emalt saadud süüfilisega.

Teine näht Hutchinsoni kolmikus on silmade sarvkesta sügav põletik ehk parenhümatoosne keratiit (*keratitis parenchymatosa* ehk *interstitialis diffusa*), mis esineb ka umbes pooltel kaasasündinud süüfilisega lastest (vt. „Nägemiselundite süüfilis“, lk. 92). Peale keratiidi võivad lapsel esineda veel teised silmahaigused, milledest mõned lõpevad nägemise kaotamisega.

Kolmas haigusnäht on labürindi vigastus kõrvades, mis väljendub selles, et lapsel, kes varem kuulis hästi, äkitselt väheneb kuulmine mõlemas kõrvas. See lõpeb sageli võrdlemisi kiiresti, mõnikord ka aastate möödumisel jäädava kurtusega, seda ka ajutise paranemise järel. Labürindi varajase raske vigastuse tagajärjeks on tavaliselt kurtumus. Nii ongi kurtummadest üks osa oma vanemate ravimata või puudulikult ravitud süüfilise ohvrid. (Vt. „Kuulmiselundite süüfilis“, lk. 90.)

Sageli esineb Hutchinsoni triaadiga samaaegselt ka põlveliigeste süfiliitiline paistetuse (*gonitis syphilitica*), osutudes kolmikule neljandaks tunnusemärgiks (Hutchinsoni tetraad).

Veel võib esineda hilise kaasasündinud süüfilise puhul lastel sääreluu (*tibia*) mõõgataoline kõverdumine ja luuümbrise kergekujuline põletik, mis tekitab valu, eriti öösi. Luude süfiliitilisi muutusi avastab sageli ainult röntgen.

Haigestuda võivad poistel ka munand ja munandimannus (30—40%) ja seda võrdlemisi varakult. Sageli on munandi valuta suurenemine ja kõvaksmuutumine kaasasündinud süüfilise ainsaks tunnuseks. Säärane munand ei tunne valu ka kaunis tugeval komplemisel. Mõnikord saadab munandi kõvenemist vesimunand (*hydrocele*). Kui mitte muu, siis WaR munandivedelikuga ja süüfilisevastase proovravi hea tulemus selgitavad haigestumise õige algpõhjuse. Pika aja vältel võib haige munand atrofeeruda. Munandid võivad algusest peale olla normaalsest palju väiksemad. Seemnejuha munandi haigestumisel ei suurene ega muutu ka kõvaks.

6—10% kaasasündinud süüfilisega poistest esineb krüptorhism (*cryptorchismus*), kus üks või mõlemad munandid pole laskunud munandikotti. Enamasti nähtub see peale esimest eluaastat. Kuid see näht üksi ei tõesta veel kuidagi süüfilist, sest seda esineb ka täiesti tervetel lastel.

Mõnikord esineb suguti kavernooskehas gummoosse nähuna piiratud kõva infiltraat, mis on komplemisel valuta.



9. joon. Mõõgakujulised jalad kaasasündinud süüfilise puhul.

Just hilise kaasasündinud süüfilisega lastel, eriti 5.—15. eluaasta vahel, äratab tähelepanu nende vaimne ja kehaline arenematus. Vanemal lastel on mahajäänud kasv, lihased on nõrgad ja hingeliselt on lapsed sageli tasakaalutud, hüsteerilised, ülierutatud sugutungi ehk rahuldamata kirega, mis hiljem viib mõnegi naishaige prostitutsiooni küüsi. Poistel hilineb habeme ja muu karvastiku kasv, tütar-

lastel kuuverede tulek. Viimased ilmuvad sageli 18- kuni 20-aastaselt ja mõnikord ei ilmugi (süfiliitiline amenorröa). Vahel kaovad kuuvered mõneaegse olemise järel äkitselt, mille põhjuseks on munasarjade süfiliitiline vigastus. Säärane süfiliitiline amenorröa osutub sageli ainsaks kaasasündinud süüfilise tunnuseks ja kaob süüfilisevastase ravi toimetel, muutudes sigimatu naise sageli jälle sigivaks (vt. „Naiste sisesuguelundite süüfilis“, lk. 55).

Vaimses arengus mahajäämine avaldub nooremail lastel väga piiratud sõnadetagavaras, väheses taibukuses, isegi totakuses, raskest lugema ja kirjutama õppimises, vanemal lastel aga väheses intellektis, halvas mälus, kõlbelistes väärnähtustes jne. Need omadused võivad tingitud olla ka laste vanemate kroonilisest alkoholismist ja teistest põhjustest.

Siseelundid haigestuvad varajase kaasasündinud süüfilise puhul tavaliselt juba emaihus, kui kahkjad spirohheedid kanduvad emast nabaväädi kaudu loote vereringesse ja seega kohe ka siseelundesse. Ka hilise kaasasündinud süüfilise puhul haigestuvad siseelundid sagedamini kui täiskasvanuil omandatud süüfilise korral, ja sageli raskekujuliselt, lõppedes siis ravi puudumisel lapse peatse surmaga. Õigeaegne süüfilisevastane ravi võib aga veel paljugi päästa. Kõige sagedamini haigestub siseelunditest maks, mis võib haige olla juba lapse ilmale tulles ja põhjustada ilma palavikuta kollatõbe (*icterus syphiliticus*) juba lapse esimesil elupäevil. Mõnikord võib olla ka väike palavik, eriti õhtuti. Haige maksaga sündinud lapsed on ilmselt haiglased ja nõrgad, tulles ilmale sageli enneaegselt. Maks on tavaliselt tugevasti suurenenud ning kõva ja tema rakkudes pesitsevad kahkjad spirohheedid. Vastsündinute kollatõbi, mis vältab üle 3 nädala, on alati süüfilisekahtlane, sest lihtne kollatõbi kaob neil kiiresti. Hilise kaasasündinud süüfilise korral võib maks haigestuda ka ilma kollatõveta. Sel juhul laps kannatab oksendamiste kõrval vahelduva kõhukinnisuse ning -lahtisuse all ja järjekindlalt kõhnub ning kurtub. Kõht on seejuures tursunud, veenid nahal laienenud, esineb ka astsiit. Valu on ainult siis, kui on haigestunud ka maksakapsel. Maksa kerge haigestus võib kesta palju aastaid, kui ei teki maksatsirroosi või ägedat kollast atroofiat. Sageli on samaaegselt suurenenud ka p o r n (hepaato-lineaalne sündroom), eriti varajase kaasasündinud süüfilise korral. Pörn võib suurenenud olla ka rahhiidi tagajärjel, kuid see areneb komplemisesl äratuntavaks palju aeglasemalt ja hiljem kui süüfilise puhul, kus ta on kom-

bitav juba esimesil elupäevil. Maksa ja põrna üheaegne suurene-
mine on alati süüfilisekahtlane.

Raviga mittehiline mine, eriti lapse rahuldava üldseisundi kor-
ral, annab häid tulemusi.

Suurem või väiksem valkkusesus silindritega sademes kaob ravi
toimel varsti. Haigestuda võivad ka vereringe-elund-
kond, süda ja aort, kus arenevad mõnikord varajased aneu-
rüsmid. Sageli esinevad sünnipärasead südamevead, mis on tingi-
tud isegi teise sugupõlve süüfilisest.

Ühel osal haigetest on kilpnääre suurenenud, teisel osal
aga vähenenud.

Soolte süüfilisel pole eritunnuseid ja seda selgitavad vaid
vereproov ning proovravi.

Maos süüfilisele on iseloomustavad eriti öised valud ja haige
mittekõhnumine ühes hea enesetundega. Sageli esineb maohappe
vähesus või puudumine.

Esineb ka söögitoru kitsus süfiliitiliste haavandite taga-
järjel.

Kopsudes võib esineda valge pneumoonia (*pneu-
monia alba*), mida ei ole kunagi täiskasvanuil. Kui puudub tiisikus,
võib ka märg pleuriit olla süüfilise põhjustatud.

Kaasasündinud süüfilis põhjustab süüfilisevastase ravi puudu-
misel või sellega hiline misel juba lapse varajases elueas ka mitme-
suguseid kesknärvisüsteemi vigastusi, mida avasta-
vad Wassermanni reaktsioon veres ning ajuvedelikus ja ka teised
samaaegsed süüfilisnähud. Närvisüüfilisega lastest põeb umbes
50% veel mõne teise elundi samaaegset aktiivset süüfilist.

Laste kesknärvisüsteemi süüfilise üheks varajaseks tunnuseks on
võrdlemisi sageli vesipea (*hydrocephalus acutus*), mida põhjus-
tab süfiliitiline ajukelmete põletik. See areneb lootel juba emaihus
või imikul esimese eluaasta vältel, sageli esimese süüfilislööbe järel
nahal või süüfilise retsidiivnähuna. Mõnel lapsel areneb vesipea ka
teisel eluaastal, enamasti aeglaselt, mõnikord ka kiiresti. Seega on
ühtedel lastel pea suurenenud juba sündimisel, teistel suureneb ta
peale sündi. Mõnekuulise lapse pealuu ümbermõõt on vesipea puhul
50—70 cm ja enamgi, misjuures peal on pirni kuju ja kõrvad asetse-
vad kaugel taga ning all. Süfiliitilise vesipea puhul laieneb kolju
väiksemamõõduliselt kui tavalise vesipea puhul. Laienevad pea-
nahal ka tõmbsooned koljusisese rõhu suurenemisest. Arvatakse,
et vesipea on 10% juhtudest tingitud kaasasündinud süüfili-

sest. Raskekujulise vesipeaga lapsed surevad enamikus varakult, kuna ellujäänuid arenevad nõrgamõistuslikud või idioodid; keskmise raskusega haigeist sureb suur osa kümne eluaasta vältel, kuna kergemakujulise vesipeaga haigeil kannatavad vaimsed võimed ainult vähe või mitte sugugi. Raskemal juhtudel põhjustab vesipea tugevat peavalu, halvatusi ja langetõvehoogusid. Süüfilisevastase ravi varajane alustamine ja selle energiline teostamine annab sageli häid tagajärgi.

Ka p i s i p e a (*microcephalia*) põhjuseks võib olla kaasasündinud süüfilis.

Kaasasündinud süüfilis põhjustab ka p e a a j u l a s t e h a l v a t u s t, mis võib esineda juba lapse sündimisel või areneda ägeda süfiliitilise peajupõletiku tagajärjel esimesil eluaastail. Ta avaldub enamasti ühe kehapoole halvatuses, mille esinemisel paremal kehapoolel on haigel ka kõnehäired. Peaajuvigastus ja -halvatus põhjustavad raskemat või kergemat vaimset ning kehalist arenematust ja hiljem ka langetõvehoogusid. Varakult teostatud süüfilisevastane (spetsiifiline) ravi annab häid tulemusi.

Üldiselt põhjustab p e a a j u s ü ü f i l i s lastel samaseid haiguslikke nähte kui täiskasvanuil, ja nimelt: sagedat peavalu, peapööratust, mäluhäireid, halvatusi, poolhalvatusi (hemipareese) ja kõõlusreflekside kõrgenemist. Kõige sagedamini esinevad süfiliitilised peajukestade põletikud ehk meningiidid, mis avalduvad öistes unes karjatamistes (peavalu), kukla kangestumises, üldistes või paiksetes krampides jne. Peajupõletik (*encephalitis syphilitica*), samuti ka peaju ja tema kestade üheaegne põletik (*meningoencephalitis*) põhjustavad peale krampide ja mitmekesiste halvatusete veel Jackson'i tüüpi langetõbe.

L a n g e t õ v e (*epilepsia*) juhtudest ongi 20—30% põhjustatud kaasasündinud süüfilisest, mis on vigastanud peaju ja ajukelmeid. Kõigist kaasasündinud süüfilisega haigeist esineb genuinne (iseeneslik) epilepsia 2%-l, närvisüsteemi süüfilisega lastest aga 20%-l. Süüfilisest tingitud langetõbi kuulub tegelikult sümptomaatilise ehk tunnusliku langetõve rühma (Jacksoni epilepsia). Mõnel haigel algavad langetõvehood juba esimesil eluaastail, teistel aga 10.—30. eluaasta vahemikus. Eriti süüfilisekahtlased on krambihood, mis algavad hilisemas elueas, peale 20. eluaastat, kuigi nende põhjuseks võivad olla ka ajuveresoonte kõvastus, ajukasvajad ja -mädanikud, mitmesugused mürgistused ja peaju ning kolju vigastused. Lühiajalised ning kergekujulised langetõvehood või-

vad haigele ja tema kaaselanikele aastaiks teadmatuks jääda, eriti kui nad tekivad öösi. Krampide asemel võivad esineda ka hetkeline teadvuse kadu, mille puhul haige ei kuku maha, ja epileptiline minestus ühes meelemärkuse kadumise ja mahakukkumisega või narkoleptiline hoog, mille puhul haige töö juures äkitselt mõneks minutiks uinub, ilma et ta seda pärast ise teaks. Mõnel haigel esineb krampide asemel tunde ning isegi päevi kestev väimse segasuse hoog, mille puhul ta teadvuse unetaolises hämarolekus ei tea, mida teeb; säärases seisundis võib ta teostada kuritegusid ja määrtseda või ta rändab teadvusetult ringi, kuni hoog möödub. Säärased haiged peavad muuseas täiesti hoiduma alkoholist. Süüfilisevastase ravi toimel kaovad epileptilised hood varsti, enamikul 1—2 kuu vältel, ühe spetsiifilise ravingu järel, ja seda isegi siis, kui need hood olid enne ravi alustamist kestnud 7—15 aastat.

Langetõvehoogudega sarnanevaid nähte põhjustavad lastel ka teised krambihaigused ja hüsteeria, milles vahetegemine jäägu arsti hooleks.

Kaasasündinud süüfilise tagajärjel esinev seljaaju vigastus võib põhjustada kas mõlema käe või mõlema jala halvatus (*paraplegia*), valutundlikkust (*paraesthesia*), ülitundlikkust puutumise vastu (*hyperaesthesia*) ja suurenenud valutunnet (*hyperalgesia*), kõõlusreflekside kõrgenemist, valu jalgades ja kusemise, roojamise ning suguühte häireid. Ka öine allakusemine (*enuresis nocturna*), eriti veel täiskasvanuil, on sageli, kuid mitte alati süüfilisest tingitud.

Pea- ja seljaaju (tserebrospinaalne) süüfilis avaldub pea- ja jäsemete valudes, pareesides, paralüüsid, seljaajupõletikus (*myelitis*) ja samaaegses ajukelmete- ning seljaajupõletikus (*meningomyelitis*).

Va r a j a s e t a a b e s e ehk seljaajukuive puhul esinevad haigel lapsel sipelgate ronimise tunne jalgades, jala ärasuremine (*torpor*), valetundlikkus, ülitundlikkus puutumise ning valu vastu, näri- vad valud jalas või kõhus (kriisid), kusetoru ja pärasoole sulgurite ehk sfinkterite häired, suguühte häired, põlve ja Achilleuse refleksi nõrgenemine või puudumine, silmaavade refleksi häired, tasakaalu- häired või nägemisnärvilise põletik, mis viimane sageli lõpeb pimedaks- jäämisega. Üldiselt esineb taabes 3%-l hilise kaasasündinud süü- filisega lastest, aga närvisüüfilisega lastest 11%-l, kas süüfilise üksiktunnusena (monosümptoomina) või koos teiste süüfilisnä- htudega. Taabes algab enamikul 10.—15. eluaastal, harva 2.—10.

eluaastal. Üldiselt ei anna laste taabes täielikku kliinilist pilti, sest enamasti puuduvad kriisid ja põie- ning tundlikkushäired. Noorusea taabes ühes nägemisnärvi atroofiaga esineb eriti neil lastel, kelle vanemal on või oli närvisüüfilis.

WaR veres on suurel enamikul taabesega lastest positiivne, liikvor harva ka negatiivne.

Progressiivne paralüüs algab harilikult 8.—13. eluaastal ja avaldub algul lapse üliärrituvuses, mälu-, kõnelemis- ja kirjutamishäiretes ja siis lihtsa nõdrameelsuse kujul.

Närvisüsteemi raske haigestumise põhjuseks on süüfilisevastase ravi puudumine, selle puudulikkus või sellega hilinemine nii lastel kui ka nende vanematel. Närvisüüfilisega laste vanematest ei ole endid üldse ravinud 90%, ülejäänud on seda teinud puudulikult.

Kaasasündinud süüfilise kulgemine ja prognoos (ennustus). — Ema süüfilise kulgemise raskus või kergus ei ole mõõduandev lapse süüfilise kulgemisele, kellel võib ilmnedavastandlik haiguskäik. Mida raskemad on lapsel kaasasündinud süüfilise nähud ja mida varem nad ilmsiks tulevad, seda sagedamini lõpevad nad haige surmaga. Ka algul kergete nähtudega lapsed võivad hiljem langeda raskete retsidiivnähtude, siseelundite ja kesknärvisüsteemi haigestumise ohvriks, kui nende ravimisega hilinetakse või seda teostatakse puudulikult.

Marcus, Stokholmi süüfilishaigete laste varjupaiga juhataja, leidis ravitud süüfilisega emade 45-st lapsest, kelledel sündides polnud mingisuguseid süüfilise tunnuseid, neid 16 lapsel hiljem ja nimelt: 6 lapsel esimese eluaasta teisel poolel, 8 lapsel teisel eluaastal, ühel lapsel kolmandal ja ühel — viiendal eluaastal. Nende emad olid puudulikult ravitud. 29 ema, kellede lapsed jäid vabaks süüfilise kliinilistest ja seroloogilistest tunnustest, oli ravitud energiliselt, kuid sellest hoolimata sündisid lapsed kehaliselt nõrgemadena ja halvasti arenenuina. Seepärast soovitab Marcus mitte rahulduda vaid süüfilishaigete emade ravimisega raseduse ajal, vaid ravida ka lapsi peale sündimist, sest siis ilmnevad haiguse retsidiivid vaid erandjuhtudel.

Kaasasündinud süüfilisega lapse haiguse kulg on seda parem, mida vanem on lapse ema süüfilis ja mida korrapärasemalt seda on ravitud ning mida varem alustatakse lapse ravimist. Haiguse kulg ongi hea vaid varajase ravi korral, s. t. kui haige lapse ravimist alustatakse kohe peale tema sündi. Siis võib kaasasündinud süüfilisest

samuti tervistuda kui omandatud süüfilisest. Ainult positiivset Wassermanni reaktsiooni veres on mõnikord väga raske negatiivseks muuta, eriti kui ravi alustamisega aastaid hilinetakse või ravi teostatakse nõrgalt või ebakorrapäraselt. Mida vanemas eas algab kaasasündinud süüfilisega lapse süüfilisevastane ravimine, seda raskem on saavutada lapse tervistumist, aga haiguse edasist arenemist saab ka siin tõkestada.

Kuivõrd raskeid tagajärgi võib järeltulevale soole anda omandatud ja kaasasündinud süüfilise mitteravimine, näitab prof. Meštšerski: perekonnaisal oli süüfilis ja ta suri seljaajukuive tagajärjel. Kõik tema lapsed — esimene sugupõlv — olid haiged: üks degeneratiivse psühhoosiga, kes oma elu lõpetas enesetapmisega; kaks patoloogilise iseloomuga, kelledest samuti üks enese tappis; üks suri varajases lapsepõlves peaajupõletikku ja viimasel lapsel, kes oli vaimselt normaalne, tekkis 42-aastaselt jalakanna gangreen närvilisel alusel, mis nõudis jala äralõikamist. Teine sugupõlv: peale mõnede enneaegselt ja surnult sündinute saavutasid 18 isikut täisealisuse, kuid nendest olid ainult 5 kehaliselt ja vaimselt terved. Ülejäänud lastel esinesid sünnipärased südame- ja teised kehalised vead, nõdramõistuslikkus, langetõbi, haiglased instinktid, spetsiifilised luustiku haigused, skrofuloderma, väga ägedad peavalud ja krooniline kurgukatarr hääle kaotusega (afooniaga).

Kui oleks ravitud esimese sugupõlve kaasasündinud süüfilisega lapsi, oleks teine sugupõlv päästetud olnud suurest hulgast kehalisest ja närvisüsteemist sõltuvaist kannatusist ja ühiskond füüsiliste ning vaimsete invaliidide koormusest.

Eelkirjeldatu kuulub raskemate süüfilise tagajärgede kategooriasse ja on seoses perekonnaisa raske närvisüüfilisega, mida juba iseenesest esineb harva. Mainitud perekonna saatus, mis tuletab meelde piibli lauset: „vanemate patud nuheldakse laste kätte kolmandast ja neljandast sugupõlvest saadik“, ei tarvitse ühelegi süüfilishaigele hirmu tekitada, kui ta ennast otstarbekalt ja küllaldaselt ravib. Kaasasündinud süüfilisega emade järglaste suhtes ongi arvamused lahkuminevad.

Et kaasasündinud süüfilisega naine võib sünnitada süüfilishaige lapse, on võimalik, kuid seda juhtub harva, seda enam, et osa sääraseid emasid on sigimatud, suuremat osa aga vahepeal ravitakse. Teiseks võitleb haige organism ka ise süüfilismürgi vastu, millega järk-järgult väheneb selle kahjustav toime sugupõlvest sugupõlve.

Taani arstid Boas ja Godemann jälgisid 39 k a a s a s ü n d i -
n u d süüfilisega ema, kellel olid tüüpilised haigustunnused ühes
positiivse vereprooviga ja kes olid rasedad 55 korda. Nende lapsi
jälgiti 4. kuust kuni 17. eluaastani ja jõuti otsusele: 1) kaasasündi-
nud süüfilisega naiste sigivõime ei erine harilikust normist; 2)
varajastele abortidele ei ole neil erilist kalduvust; 3) ajutine valk-
kusesus (*albuminuria*) esineb neil natuke sagedamini; 4) kaksikud,
loote valeasendid, platsenta eespoolne asetus ja vaheliha rebenemine
sünnitusel on neil niisama sageli esinevad nähtused kui ilma süüfili-
seta naistelgi; 5) lapsevoodiaeg kulgeb neil normaalselt; 6) nende
järglaste saatus: a) kaks aborti, 3. ja 7. kuul; b) 3 last surid tõsiste
tüsistuste tõttu sünnitusel, kuid lahangul ei leitud süfiliitilisi muu-
tusi nende küljes; c) üks laps suri 15-päevaselt ja ka sellel puu-
dusid süüfilise nähud; d) 12 last kadusid kontrolli alt; e) ülejää-
nud 37 last olid kliiniliselt ja seroloogiliselt terved; neljal neist oli
küll varsti peale sündimist WaR positiivne, kuid jäi edaspidi muu-
tumatu negatiivseks.

Et kaasasündinud süüfilisega naine võib sünnitada haige lapse,
seda ka Boas ja Godemann ei eita, kuid loevad seda suureks harul-
duseks. Et see siiski võimalik on, soovivad nad süüfilisevastaselt
ravida iga kaasasündinud süüfilisega naist nende raseduse ajal.

Kõikide teadlaste arvamused ja uurimiste tulemused pole siiski
nü roosilised. Eriti prantslased arvavad, et kaasasündinud süüfili-
siga emadel olevat eriline kalduvus varajasteks ning hilisteks ise-
eneslikeks abortideks ja mitmekesiste kehaliste vigadega laste
(ebardite) sünnitamiseks, kelledest suurem osa sureb sünnitamise
ajal või varsti peale seda; looteist neil hukkuvat 35—65%. Kaasa-
sündinud süüfilisega haigeist olevat 15—20% steriilsed ehk sigi-
matud. Mõned prantsuse arstid arvavad isegi (küll mitte
kõigile nõuetele vastavate tähelepanekute alusel), et säärased
kehalised vead, nagu sõrmede kokkukasvamine, üleliigsed sõrmed,
lootsiku- ja tornikujuline kolju, näo ebasümmeetria, kõõrdsilmad
(strabism), kokkukasvanud silmakulmud, nina deformatsioon,
jänesemokk, kusetoru avause asetsemine kusiti alumisel küljel, alla-
kusemine, ühe või mõlema munandi munandikotti mittelaskumine,
spina bifida, sünnimärgid, soomustõbi jne. esinevat kaasasündinud
süüfilisega vanemate järglastel eriti sageli, sõltudes nii I kui ka II
sugupõlve süüfilisest. Seejuures on ühel haigel tavaliselt korruga
mitmeid puudeid.

Säärane arvamus on tugevasti liialdatud, kui mitte põhjendamatult. Küll on õige, et kaasasündinud süüfilisega ema lapsel kulgeb süüfilis koguni teisiti kui omandatud süüfilisega emast ilmaletulnud lapsel, mida näitab ühest küljest ka eelmainitud prof. Meštšerski juhtum.

Ennustus kaasasündinud süüfilise puhul sõltub üldiselt ajast, millal tekivad lapsel haigusnähud, viimaste iseloomust, siseelundite vigastuse raskusest, lapse üldtervislikust seisundist, tervishoiulistest tingimustest ja ravi alustamise ajast. Hiljem tekkivate haigusnähtude puhul on ennustus parem. Üldiselt ei tööta siseelundite haigestumine head. Suurima tähtsusega on haigete imikute toitmine emapiimaga, kuna kunstlik toitmine halvendab tunduvalt ennustust. Esimesel juhul on suremus palju väiksem. Ka vanemate laste puhul on heal toitumisel suur tähtsus, samuti kui üldtervishoiul.

Heade ravivahendite ja ravikorralduste tõttu on kaasasündinud süüfilise juhtude arv viimase 20 aasta jooksul Eestis väga suuresti vähenenud, samuti ka mujal Euroopas.

Kaasasündinud süüfilise diagnoosimiseks ehk äratundmiseks on sageli vajalik järele uurida lapse vanemaid süüfilise suhtes. Diagnoosimist lastel võimaldavad niihästi aktiivse süüfilise kui ka emaihus põetud haiguse tunnused (luude puuded jne.), samuti ka armid ja närvisüsteemi nähud. Kehalised ja väimused puuded esinevad tavaliselt kõrvuti.

Kui puuduvad välised haigusnähud, tõestab nakkust positiivne WaR veres. Eriti puuduvad välised nähud neil lastel, kelle emad ise põevad kaasasündinud süüfilist. Kirjeldatud on kolme sugupõlve süüfilist, kus puudulikult ravitud süüfilishaige naise tütrele ei olnud süüfilise nähte, aga täiseas tehtud WaR oli temal ometi positiivne. Tema tütrele, s. t. esimese naise tütre tütrele, ei olnud ka süüfilise väliseid tunnuseid, kuid kõik seroreaktsioonid osutusid sellelgi positiivseks. Viimase lapse isa aga oli terve, samuti ka isa ema (teine vanaema). Muide on praegugi vaieldav, kas ravimata süüfilis kandub üle kolmandale sugupõlvele. Kui seda juhtub, siis ainult harva.

Ühtede uurijate arvates võivad vastsündinute positiivsed vere reaktsioonid teiste süüfilisnähtude puudumisel olla vaid süfilotokseemia avalduseks ja mitte tõelise süüfilisnakkuse tunnuseks, eriti kui need reaktsioonid hiljem iseeneslikult muutuvad negatiivseks. Teiste uurijate arvates võib süüfilist põdenud emade siiski

terveil vastsündinuil positiivset WaR-i veres põhjustada ema reagiinide üleminek lapsesse — kui puuduvad muud süüfilise tunnused. Kolmandad nõuavad aga igale positiivse WaR-ga süüfilisnähtudeta lapsele süüfilisevastase ravi teostamist, kui neil pole teisi haigusi, mis ka annavad positiivse WaR-i. Viimane vaade peaks olema kõige õigem.

Sageli on vajalik teha juba imikule WaR veres ja tarbe korral ka seljaajuvedelikus. Liikvorit võetakse kolmel esimesel eluaastal lumbaalselt, mitte tsisternaalselt. Omapärane nähtus on, et sageli on imikul WaR esimesil elunädalail või kolmel elukuul negatiivne, mis nõuab vereproovi kordamist hiljem ja vahepeal lapse vanemate vereproovi tulemuste arvestamist. Siiski võib WaR positiivseks muutuda juba 10.—14. elupäeval. Mõnede arvates on kaasasündinud süüfilisega laste vereproov esimesel kahel eluaastal positiivne ainult kuni 20% juhtudest, pärast seda aga 100%. Süüfilishaigete vanemate lastest olevatki WaR positiivne ainult $\frac{2}{3}$ -l, kusjuures ainult $\frac{1}{3}$ -l neist olevat ka väliseid süüfilisnähte. Sääraste laste emadel aga olevat WaR veres peaaegu alati positiivne. Eriti tõestavad ema ja lapse samaaegset süüfilist nabaväädi verega saadav positiivne WaR. Seroreaktsioonide positiivsete tulemuste eksimusprotsent on niivõrd väike, et seda tuleb praktiliselt ignoreerida. Küll esinevad lastel vale- ehk pseudopositiivsed seroreaktsioonid sarlakite ja leetrite puhul. See ebaspetsiifiline positiivne WaR kaob aga sarlakite ja leetrite lõpul koos palaviku kadumisega. Kui ükski lapse vanemaist on kunagi põdenud süüfilist, aga lapse vereproov osutub negatiivseks, peab seroloogilist uurimist toimetama mitte üks, vaid mitu korda, eriti kui lapsel on või oli nahal ville, laike, haavandeid või kestendust peopesadel ja jalataldadel. Neil lastel peab uuritama ka liikvorit, kuna Pfaundler'i järgi on iga 3.—5. kaasasündinud juhtum ilma väliste sümptomideta. III järgu süüfilisnähtude puhul võib WaR veres ka lastel olla niisama sageli negatiivne kui täiskasvanuil.

Mõnikord on raske otsustada, kas on tegemist kaasasündinud või omandatud süüfilisega või mõlematega üheaegselt kõrvuti, sest kaasasündinud süüfilisega inimene võib elu vältel saada veel ka omandatud süüfilise. Viimast tuleb siis vaadelda kui ü l e n a k a - t u m i s t (vt. VII ptk.).

Kaasasündinud süüfilise vältimist on käsitletud lk. 235 jj., ravi lk. 209 jj.

VI. Süüfilise üksikute kujude klassifikatsioon.

Et praktilises elus olemasolevaid süüfilisnähte märgitakse ebaühtlaste nimetustega, mis tekitab mõnikord suuri arusaamatusi, siis olgu allpool esitatud süüfilise üksikute kujude klassifikatsioon, millest ühine kinnipidamine oleks väga tarvilik (ravi ja statistika suhtes). See oleks ühtlasi skemaatiliseks ülevaateks kõigest eeltoodust.

Klassifikatsiooni aluseks on võetud haige ilmunise printsiip, s. t. haiguse järk, millega haige pöördub arsti poole.

1. Esmane seronegatiivne süüfilis (*lues I seronegativa*).

2. Esmane seropositiivne süüfilis (*lues I seropositiva*).

3. Esmane peidetud ehk latentne süüfilis (*lues I latens*).

a) Süüfilise esimese perioodi all mõistetakse süüfilist, mis avaldub kõva paisega (*ulcus durum*); b) seronegatiivseks esmaseks süüfiliseks arvatakse vaid seda kuju, mille juures seroreaktsioonide tulemused muutumatult püsivad pidevalt negatiivsena; seejuures toimetatakse seroreaktsioone regulaarselt, mitte harvemini kui kord iga 10 päeva järel, kogu esimese ravigu vältel; c) esmaseks latentseks süüfiliseks loetakse juhtumeid, kus puuduvad kliinilised nähud isikuil, kes alustasid ravi süüfilise esimesel perioodil; d) kõva paise asetsemisel mitte suguelunditel peab diagnoosile „esmane süüfilis“ juurde lisatama termin „ekstragenitaalne“.

4. Teisene värске süüfilis (*lues II recens*).

5. Teisene retsidiivne süüfilis (*lues II recidiva*).

6. Teisene peidetud süüfilis (*lues II latens*).

Teiseseks latentseks süüfiliseks loetakse juhtumeid, kus haigel puuduvad kliinilised nähud ja ta alustas ravimist teiseses (värskes või retsidiivses) süüfilise perioodis.

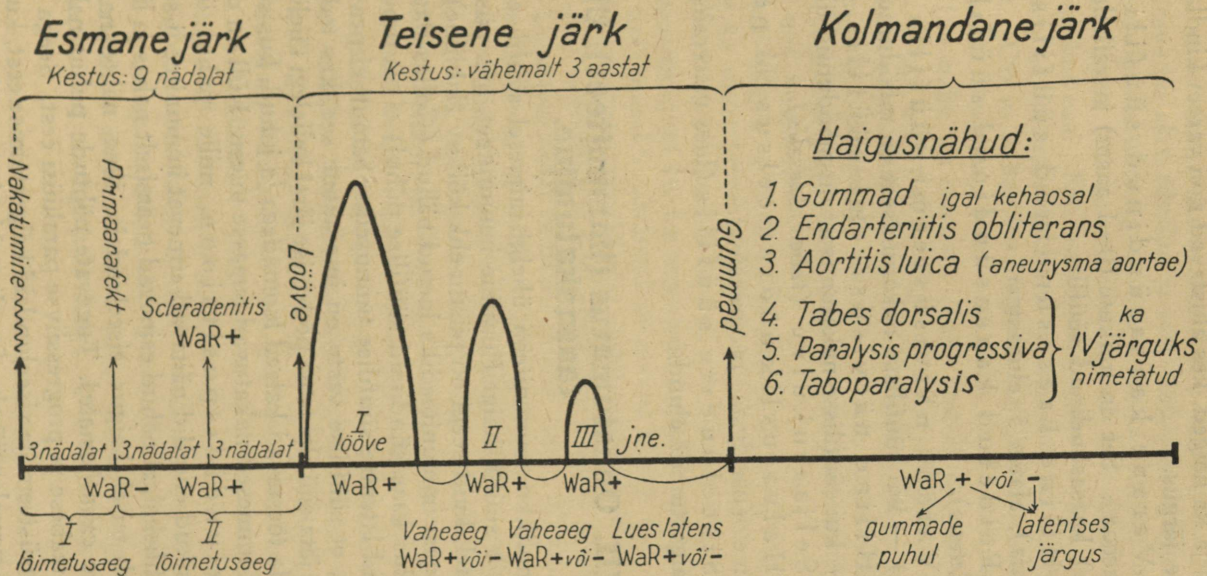
7. Aktiivne kolmandane süüfilis (*lues III activa*).

8. Peidetud kolmandane süüfilis (*lues III latens*).

Kolmandaseks latentseks süüfiliseks loetakse peidetud süüfilise juhtumeid isikuil, kellel kunagi varem olid süüfilise kolmandase järgu aktiivsed nähud.

9. Peidetud ehk latentne süüfilis (*lues latens*).
Siia rühma kuuluvad haiged haigetele teadmata süüfilisega (*lues ignorata*), haiged peidetud süüfilisega, kes varem on puudulikult

SÜÜFILISE JÄRGUD



ravitud, ja ka haiged, kes alustavad ravi varem kindlaks määramata süüfilise järgus.

10. Varane kaasasündinud süüfilis (*lues congenita praecox*). See on imikute (0—1 aasta) ja väikelaste (1—4 aastat incl.) kaasasündinud süüfilis.

11. Hiline kaasasündinud süüfilis (*lues congenita tarda*), alates 5. eluaastast.

12. Peidetud kaasasündinud süüfilis (*lues congenita latens*).

13. Varane närvisüsteemi süüfilis (*lues nervosa praecox*) — kui süüfilisse nakatumisest on möödunud alla 5 aasta.

14. Hiline närvisüsteemi süüfilis (*lues nervosa tarda*) — kui süüfilisse nakatumisest on möödunud üle 5 aasta.

15. Seljaajukuive (*tabes dorsalis*).

16. Halvatuslik nõdrameelsus ehk peaaaju pehmine (*paralysis progressiva*).

17. Siseelundite süüfilis (*lues visceralis*) — ära märkides haigestunud elundi.

VII. Ohustumatus (immunitet). Üle- ja taasnakatumine.

Loomulikku immuniteti ühelgi inimesel süüfilise vastu ei ole. Küll tekib süüfilishaigeil osaline immunitet, mis püsib kogu nakkuse vältel, kuid seegi on püsitu ehk kõikuv (labiilne). Veel 25—30 aastat tagasi immuniteediks loetud nähud (Colles-Baumès'i ja Profeta seadus kaasasündinud süüfilise puhul) ei osutunud paikapidavaks, vaid latentse süüfilise tunnuseiks. Samuti ei pea paika endine arvamus, et süüfilise vastu on immuunne see, kes teda põeb.

Ka ei jäta süüfilis tema põdemise järel kellelegi täielikku immuniteti. Seda tõestavad katsed loomadega ja juhud, kus süüfilisest tervestunud inimesed nakatuvad temasse uuesti. Küll on olemas reegli-pärane elundidispositsioon, mille puhul ühe ja sama isiku üksikud elundid näitavad erinevat immuniteedi-seisundit. Kui ühel süüfilishaigel nähud esinevad peamiselt nahas ja limanahkadel, siis esineb teisel haigus siseelundeis, ilma nähte nahal andmata (*lues sine exanthemate*). Tugevate nähtude puhul nahas on haige kaitstud taabese ja progressiivse paralüüsi eest. Seega nahk kaitseb kesknärvisüsteemi ja siseelundeid haigestumise eest, kuigi viimaseid mitte nii suurel määral. Sageli nahk haigestub otse siseelundite

kaitseks, tekitades selleks ise kaitseaineid ehk vastukehi. Nahk ja siseelundid töötavadki alati tihedalt ja otstarbekohaselt koos, täiendades ja soodustades üksteise tegevust ja toetades üksteist vastamisi ühiste vaenlaste vastu. Nii ka süüfilise puhul, kus nahale langeb ses võitluses tunduv osa. Kui nahas käib tugev võitlus, mis nõrgendab vaenlast, on kesknärvisüsteem ja siseelundid kaitstud, ja ümberpöördukt. On ju nahanähud lõpuks ainult organismi vastupanu reaktsioonid. Seepärast tuleb arvestada süüfilishaigetel üksikute elundite (ka nahk on iseseisev tähtis elund) vastupanuvõime mitmekesisust. Nagu näitavad tähelepanekud, on süüfilisse nakatumisele siiski v ä h e m vastuvõtlikud need isikud, kelle mitmed esivanemad on süüfilist põdenud. Nende isikute organismi vastupanuvõime on süüfilismürgi suhtes tugevamaks muutunud ja seepärast kulgeb neil haigus kergemini.

Nagu eespool selgus, võivad kaasasündinud süüfilisega haiged saada enestele ka omandatud süüfilise, s. t. sellega elu vältel üle nakatuda. Säärane ü l e n a k a t u m i n e (*superinfectio*) võib esineda nii kaasasündinud kui ka omandatud süüfilisega haigeil, kui nad eelmisest nakatusest tervistumatult saavad hiljem uue süüfilisnakkuse. Kaasasündinud süüfilisega väiksemad lapsed nakatuvad üle peamiselt oma vanemalt ja ammedelt, kes põevad värsket süüfilist. Hilise kaasasündinud süüfilise puhul pole ülenakatamine kuigi haruldane nähtus, esinedes peamiselt haigete 25.—40. eluaasta vahemikus. Ülenakatuslik süüfilis kulgeb seejuures enamasti kergekujulisemalt, s. t. isepärane ravi kõrvaldab juurdetulnud nakkuse haigusnähud kiiremini ja kergemini, samuti ka positiivse Wassermanni reaktsiooni veres. Haiguse retsidiivid ilmnevad siis harva ja rasket iseloomu kannab ülenakatamine vaid erandjuhtudel.

Omandatud süüfilise korral avaldub ülenakatamine selles, et süüfilishaige uue nakatumise puhul ei teki nakatumiskohale kõva paise (*ulcus durum*), vaid paapul või gummataoline koevigastus ilma paiksete mahlanäärmete suurenemiseta; selles koevigastuses kahkjad spirohheedid kas puuduvad või neid on seal väga kasinal arvul; roseoolid, kui need tekivad, ei ole esmased, vaid retsidiivsed. Sellest nähtub, et haige organism ei reageeri sama nakatusaine (viiruse) juurdesaamisele enam nii nagu haigusest vaba organism. Ta enam ei haigestu, sest ta ongi juba haige, vaid saab oma haigusele lisa.

Tervistumise saabumisega kaob ka osaline immunitet ja siis tekib uue nakkuse puhul juba tüüpiline spirohheete sisaldav kõva

paise, millele järgnevad paiksete mahlanäärmete suurenemine, WaR-i uuesti positiivseks muutumine, mõnikord ka esmased ro-seoolid jne. Säärane t a a s n a k a t u m i n e (*reinfectio*) võib esi-neda mitte ainult omandatud, vaid ka kaasasündinud süüfilisest tervistumise järel.

Mõnikord on raske kindlaks määrata, kas on tegemist üle- või taasnakatumisega. Viimase üheks tingimuseks on, et uus kõva paise ei tohi tekkida endise kohale, sest see näht võib osutada vaid vana *ulcus durum*'i taaspuhkemiseks (*reinduratio*); samuti peab eelmise süüfilise põhjaliku ravi tulemusena pidevalt negatiivsena püsinud WaR uuesti muutuma positiivseks ja nimelt teise lõimetus-järgu teisel poolel; puuduma peavad ka retsidiivsed nähud.

Sageli on süüfilisse taasnakatamise puhul lõimetusaeq lühem ja WaR muutub positiivseks juba 7.—10. päeval. Sageli on uuel nak-kusel raske iseloom, sest haigestuvad varakult siseelundid ja närvi-süsteem (juba 5.—11. kuul), kuna naha ja luustiku vigastused ilm-nevad harva.

Puuduliku ravi korral arenevad võrdlemisi varakult ka aortiit, taabes, progressiivne paralüüs ja kurgulae gummad. Seepärast peab taasnakatamist ravima niisama energiliselt kui esmastki nakkust.

Kui taasnakatamine esines puudulike süüfilisravimite ja eba-kindlate raviviiside tõttu varemil aegadel harva, siis tänu praegus-aja vägevatele arstimatele on ta muutunud võrdlemisi sagedaseks nähtuseks. Tähelestatud on isegi kolmekordset taasnakatamist.

Arvestades vahetegemise raskust üle- ja taasnakatamise vahel, pooldavad paljud teadlased mõlema nimetuse ärajätmist ja nende asemele üldtermini „teisesene nakkus“ võtmist.

Teisesel nakkusel võivad puududa välised nähud ja seda võib tõestada hästi ravitud süfiliitikul pikka aega pidevalt negatiivsena püsinud WaR-i uuesti tugevasti positiivseks muutumine, mis laseb oletada ka nakkuse sattumist otseselt verre. Kuid seejuures peab arvestama asjaolu, et vahepeal negatiivsena püsinud WaR võib uuesti positiivseks muutuda ka süüfilishaige ravimise enneaegsel lõpetamisel, kui organismi jäänud kahkjad spirohheedid vereteedes uuesti paljunevad. Säärased organismi latentseis pesades aastaid püsinud spirohheedid võivad aeg-ajalisel üleminekul verre hilis-süfiliitikuil mitte ainult muuta WaR-i positiivseks, vaid ka vere uuesti nakkavaks, nagu seda on sageli täheldatud vere siirdniristustel.

VIII. Süüfilise diagnoosimine ehk äratundmine. Vere ja liikvori analüüsides.

Süüfilist diagnoositakse: 1) mikroskoobiliselt, 2) seroloogiliselt, 3) kliiniliselt ja 4) nn. proovravi (*therapia ex juvantibus*) abil.

1. Kui haigel on üks või mitu süüfilishaavandit, siis leiab arst mikroskoobilisel uurimisel neist kahkjaid spirohheete. Selleks on väga tähtis, et haige arsti juurde tulles ei oleks haavandit omapead ravinud, sest see teeb raskeks või isegi võimatuks spirohheetide leidmise ja seega haiguse varajase äratundmise. Siiski teevad haiged seda väga sageli ja väga mitmesuguste vahenditega. Isegi indiferentsed salvid ja mähised (boorvaseliin, boorvesi jt.) teevad kahkjate spirohheetide leidmise esialgselt võimatuks, ammugi veel söövitushahendid ja desinfitseerivad puudrid. Teiseks on väga tähtis, et iga inimene, kellel leidub kahtlasi haavandeid — eriti suguelunditel, huuhtel või suuõõnes —, võimalikult varakult pöörduks suguhahiguste eriarsti poole ega jääks ootama haavandi iseeneslikku tervistumist, sest ka süfiliitiline haavand võib iseenesest kaduda.

Arst leiab süfiliitilisest haavandist kahkjaid spirohheete kas haavandi nõretise värvimise teel, millal ta näeb spirohheete surnud olekus, või nn. pimevälja abil, kus spirohheedid on elusad ja liikuvad. Ühekordne spirohheetide mitteleidmine ei eita veel süüfilisnakkuse võimalust, vaid see nõuab vähimagi kahtluse püsimisel uurimise kordamist. Just värvimismeetodid (Giemsa, Levaditi, Burri jt.) ei anna alati tulemusi, mispärast tuleb parimaks spirohheetide avastamise viisiks lugeda pimevälja. Uurimisel peab alati silmas pidama, et on ka spirohheetide teisi liike, mis on väga sarnased kahkjate spirohheetidega, eriti *Spirochaeta dentium*. Seepärast peab materjali võtmisel suuõõnest otsustamisega väga ettevaatlik olema.

Kui haavandist kahkjaid spirohheete ei leita, võib neid punkteerimise teel veel leida suurenenud mahlanäärmeist haavandi naabruses, kuid ka sealt mitte alati. Verest kahkjat spirohheeti leida on peaaegu võimatu, seda enam, et ta polegi vere-, vaid on koeparasiit, kes elutseb peamiselt naha mahlapiludes, -soontes, -näärmeis ja siseelundite koes. Muidugi on kahkjaid spirohheete ka veres, eriti süüfilise varasel perioodil, kuid ka siis püsivad nad vereringes ainult lühikest aega, siirdudes sealt koesse. (Ka hiljem võivad nad organismi latentseist pesadest aeg-ajalt uuesti vereringesse sattuda.)

2. Ilmub haige arsti juurde alles siis, kui haavand on juba kinni kasvanud või haige kehal on tekkinud lööbed, siis diagnoositakse süüfilist nende löövetega ja vastavate mitmekesiste vereproovide (seroreaktsioonide) abil, milledest üldtuntuim ja tarvitatavaim on Wassermanni komplemendiseondumisreaktsioon (WaR). Värske süüfilise korral annavad seroreaktsioonid teatava aja järel peale nakatumist 100% jaatavaid ehk positiivseid tulemusi. Nagu mainitud juba süüfilise I ja II järgu nähtude kirjeldamisel, muutub WaR positiivseks alles 4.—6. nädala möödumisel nakatumisest, nii et enne seda tähtaega pole vereproovi tegemisel mõtet. Süüfilise latentse ja III järgus osutub WaR ka ravimata juhtudel seda harvemini positiivseks, mida enam on aega möödunud süüfilisse nakatumisest ja mida enam süüfilist on ravitud.

Vereproove on soovitatav teha igal juhul, ka siis, kui arst on kindel süüfilise olemasolus, ja nimelt selleks, et välja lülitada haigel kahtluse tekkimist hiljem, kui välised haigusnähud kiiresti kaovad.

Kui vereproov süüfilise olemasolu (peale ravimist või hilisjärkudes) enam ei näita, teeb seda haiguse püsimisel veel seljaajuvedelik ehk liikvor. Seepärast on vajalik vähimagi kahtluse korral, kui WaR veres on negatiivne, järele uurida ka liikvorit. Samaaegselt teostatud seroreaktsioonide tulemused veres ja liikvoris on sageli ebahühtlased, nii et ühe olles negatiivne võib teine olla tugevasti positiivne. Taabese puhul näiteks on vereproov 30—40% juhtudest negatiivne, liikvor aga peaaegu alati positiivne. Süüfilise olemasolu tõestab nii vere kui ka liikvori analüüsi positiivne tulemus ka üksikult, kui haige ei põe haigusi, mis samuti võivad anda positiivse WaR-i, nagu malaaria, leepira, plekiline tüüfus, kasvavad, raske tiisikus, suhkurtõbi, difteeria, sarlakid, leetrid. Seejuures ei tohi unustada, et haige võib nende haigustega kõrvuti põdeda ka süüfilist, mida peavad selgitama haigelt saadud andmed (anamnees), haiguse kulgu ja ühed või teised süüfilist tõestavad haigusnähud. Ka üle 70 aasta vanuseil inimesil ei tõesta positiivne WaR üksi veel süüfilise olemasolu, kui samaaegselt pole ka teisi süüfilise tunnuseid.

Eeltoodust nähtub, et WaR ja teised komplemendiseondumisreaktsioonid ei ole isepärased süüfilisele, vaid nad võivad positiivseid tulemusi anda ka mõnede teiste haiguste puhul (ebaspetsiifilised seroreaktsioonid). Nagu näitavad uuemad uurimised, on laste sarlakite puhul positiivne WaR enamasti siiski tingitud kaasasündinud süüfilisest, eriti kui selle reaktsiooni positiivne tulemus ei kao palaviku kadumise järel.

Vere ja liikvori analüüsimisel tehtavate reaktsioonide põhimõtted ja peensused jäävad meil siin käsitlemata ja asjast huvitatud võivad nendega tutvuda bakterioloogia eriraamatute kaudu. Tähen-dame vaid niipalju, et vereproove toimetatakse mitme menetluse järgi, mis üksteist täiendavad (Wassermanni, Kahn'i, Bruck'i, Sachs-Georg'i, Citochol'i jne. menetlus) ja kõik on tõhusad vahendid süüfilise kindlaksmääramisel, kui kliinilised nähud on ebamäärased või mitteveenvad. Suuri teeneid osutavad seroreakt-sioonid eriti latentse süüfilise avastamisel, kus puuduvad välised haigustunnused. Tehakse ka veel teisi mitmekesiseid reaktsioone (luetinreaktsioon jne.), kuid need pole leidnud laialdasemat ka-sutamist.

Seroreaktsioonid võivad mõnikord anda ka ekslikke tule-musi, kui veri katseklaasis või süstlas on kokku puutunud puuvil-laga, hapetega, soodalahusega, alkoholiga, eetriga, karbooliga, jooditinktuuriga, kloroformiga, metallisooladega (vismut, arseen jne.), parkhappega ja pisikutega. Ka liikvor võib anda eksliku WaR-i tulemuse ja vereseerumist veelgi sagedamini, mis nõuab tema analüüsimisel veelgi, suuremat steriilsust.

WaR-i ja teiste seroreaktsioonide tulemused jagatakse jaata-vaiks (positiivseiks) ja eitavaiks (negatiivseiks). Esimesi märgi-takse nende tugevuse järgi 1—4 ristiga (+) ja negatiivset tulemust kriipsuga (—), asetades mõlemad märgid klambrite vahele. Posi-tiivne seroreaktsioon tõestab koos teiste haigustunnuste ja andme-tega süüfilise olemasolu. Rist-kriips (\pm) tähendab kahtlast reakt-siooni, mis nõuab selle kordamist. Säärane kahtlane tulemus saa-dakse võrdlemisi sageli ka tervete verega.

Negatiivne (—) reaktsioon verega laseb vaid oletada süüfilise puudumist, kuid see üksi ei eita tema olemasolu võimalust.

Alles 25—30 aastat tagasi, peale WaR-i leiutamist (1906. aastal), tehti sageli see saatuslik viga, et ainult negatiivse vereproovi alusel lõpetati süfiliitiku edasiravimine või tunnistati ta isegi ter-veks. Alles sellele järgnenud kurvad kogemused tõendasid, et see vaade oli väär, sest enamikul avaldus haigus varem või hiljem uuesti.

Vereproov võib negatiivne olla juba ühe ravigu järel ja säära-sena püsida lühemat või pikemat aega, kuni muutub jälle positiiv-seks. Ta on võrdlemisi sageli negatiivne latentse ja hilissüüfilise korral, ka ravimata juhtudel ja isegi siis, kui haigel samaaegselt lei-

dub kindlaid hilissüüfilise nähte nahal, siseelundeis või närvisüsteemis. Pea- ja seljaaju süüfilise korral ongi vereproov enamasti negatiivne. Seepärast on teatud juhtudel möödapääsematult vajalik peale vere uurida ka seljaajuvedelikku (liikvorit), et ei jääks teadmata saatusse hooleks süüfilist põdev haige.

Nii ei eita negatiivne reaktsioon verega ükski veel sugugi süüfilise olemasolu võimalust ega saa ka ainuüksi selle alusel pidada haiget juba tervistunuks. Küll on ta teatud kordadel haigusest paranemise tunnistajaks ja arstimite mõjukuse ehk ravitulemuste hindajaks. Mõnikord ei suuda aga ükski arstim ega raviviis muuta positiivset WaR-i negatiivseks (nn. WaR-resistentsed juhud, vt lk. 143).

Juhtudel, kus WaR on negatiivne, aga siiski püsib kahtlus latentse või hilissüüfilise suhtes, muretseb sageli selgust nn. vere provotseerimine ehk reaktiveerimine. Sel otstarbel süstitakse haigele 1—2 korda arsenobensooli verre (0,3—0,45 g) ja uuritakse siis uuesti WaR-i, tarbe korral isegi mitu korda. Verre võib süstida ka neosalvarsaani ja lahustatud elavhõbeda segu. Verevõtmiseks süste järel on kohasim aeg 8. päev, või korduval uurimisel 6., 8. ja 10. päev (mõnede arvates 36—48 tunni möödumisel). Kui varem negatiivne WaR muutub provotseerimise järel positiivseks, on süüfilise olemasolu väga tõenäoline. Edasi negatiivsena püsiv WaR ei eita ka siin veel ükski haiguse olemasolu ja nõuab liikvori analüüsimist. Vere reaktiveerimist saavutatakse mõnikord ka tüüfusevaktsiini süstimise järel verre ja piima süstimise järel lihastesse. Vere reaktiveerimine on näidustatud: 1) ravitud süfiliitikuil negatiivse WaR-ga; 2) negatiivse WaR-ga süüfilisekahtlaste sümptoomide puhul; 3) süüfilise tunnuseist vabadel naistel, kellede mehed on süfiliitikud; 4) süüfilist põdenud isikute abiellumiskavatsuse puhul; 5) süüfilisest tervistumise küsimuse otsustamisel.

WaR-i võib toimetada mitte ainult vereseerumi ja liikvoriga, vaid ka ekssudaadi, transsudaadi, silmavee ja emapiimaga. Tähtsaim neist on siiski liikvori uurimine. (Sellest lähemalt peatükis „Süüfilisest tervistumise kindlaksmääramine“, lk. 147.)

3. Kliiniliselt diagnoositakse süüfilist haigusnähtude järgi, mis oligi varem ainsaks süüfilise äratundmise viisiks, kui veel puudusid mikroskoop ja seroloogilised menetlused.

Üldiselt ei diagnoosita süüfilist ilma kahkjate spirohheetide leidmiseta ja ilma verd või liikvorit järele uurimata. Küll võib eriarst mõne inimese ravi alustada ka ilma nende uuringuteta, s. t. enne kindla diagnoosi saamist, kui selle isiku äsjane süüfilisse nakatumine on kindel või väga tõenäoline. Samuti võib ette võtta proovravi, eriti kahtluse korral siseelundite ja närvisüsteemi süüfilise suhtes.

4. Proovravi ehk süüfilisevastaste ravimite tarvitamist katseks kasutatakse süüfilise diagnoosimiseks (*diagnosis ex juvenibus*) ebaselgeil juhtudel, eriti kui on tegemist teiste haigustega, mis annavad mittespetsiifilisi reaktsioone, nagu kasvaja, pehme šanker, palavikuhaigused, rasedus jt., või kui negatiivsed seroreaktsioonid ei suuda kõrvaldada süüfilisekahtlust. Proovravi hea tulemus või tema toimel positiivse WaR-i negatiivseks või negatiivse WaR-i positiivseks muutumine on kindlaks tõestuseks süüfilise olemasolu kohta.

IX. Süüfilise prognoos ja resistentne süüfilis.

Süüfilisele tuleb alati vaadata kui väga tõsisele haigusele, kuigi sellest võib täielikult tervistuda. Tervistumine on seda kergem ja kindlam, mida varemini ja mida põhjalikumalt toimetatakse ravimist. Süüfilise esimese ja varajase teise järgu puhul ongi tervistumine otstarbeka ravi abil tavaline nähtus, kuna süüfilise hilisemal järkul pole alati võimalik kindlaks teha haige täielikku tervistumist. Kuigi ka säärastel kordadel arst võib lubada haigel peale põhjalikku ravi seda lõpetada, abielluda jne., on ometi vajalik aastaid vältav kliiniline ning seroloogiline järelevalve haige üle. Nii siis pole süüfilise prognoos praegusajal sugugi nii halb, kui ta oli seda alles mõnikümmend aastat tagasi, ja värske süüfilise varajase ravi korral on prognoos isegi hea.

Tugev ja terve organism suudab süüfilisele hästi vastu panna, kuna kurtunuil, alkoholikul, raske tiisikuse, neeru-, südame- ja närvihaigeil on haiguskulg halvem. Närvisüüfilise prognoos on üldiselt seda halvem, mida hiljem ta peale nakkust manifesteerub (avalikuks tuleb). Haiguskulg ei sõltu niipalju süüfilisviiruse omadustest (mis mõnede uurijate arvates võivad aja kestel muutuda) kui haige organismi individuaalseist sünnipäraseist ning elu vältel

omandatud omadustest, tema tundlikkusest süüfilismürgi vastu, töö- ning elutingimustest ja sellest, kuidas haige ennast ravib.

Proгноos on sõltuv veel haige east, sest lapse- ja raugaeas omandatud süüfilis kulgeb sageli raskelt. Kuid ka siin on erandeid, sest füüsiliselt tugev rauk paneb haigusele paremini vastu kui kidur nooruk. Mida parem on haige üldtervislik seisund, seda rohkem on lootust haiguse heale kulgemisele. Halb üldtervis ja mõned päritud omadused, eriti pärilik närvilisus, halvendavad prognoosi, soodustades siseelundite ja närvisüsteemi haigestumist.

Süüfilise kulgemist kahjustavad kõik haigused, mis vähendavad organismi vastupanujõudu, kehalised ja vaimsed ülepingutused, ebakõlbeline eluviis ning mürgistused (alkohol, narkootikumid, tina jne.). Alkoholikuil haigestuvad sageli luustik, silmad, pea- ja seljaaju. Ka soodustab alkoholi sagedane ja rohke tarvitamine (eriti ravimise ajal) siseelundites väärestuste tekkimist ja närvisüsteemi, südame ning soonestiku haigestumist süüfilisse.

Soonestiku haigestumisel on prognoos kõige parem veresoonte ahendumise puhul, eriti kui puudutatud on ainult üksikud sooned. Siis on haiguskulg aeglasem ja ka ravi algab siis tavaliselt varem, mis annab paremaid tulemusi. Teisiti on lugu veresoonte rebenemise korral, millal peab prognoosiga tervistumise suhtes olema väga ettevaatlik, sest prognoos elu suhtes (*quoad vitam*) on siiski parem kui soontelupjumise puhul; kuigi soone rebenemise tagajärjel tekkinud nähud täiesti ei kao (poolhalvatused jne.), võib mõni haige elada veel paljugi aastaid (5—20).

Süüfilishaige ühte või teise veregruppi kuulumisel pole haiguse kulgemise suhtes mingit tähtsust või seda pole vähemalt küllaldaselt tõestatud. Samuti ei saa süüfilise kulgemist ennustada selle järgi, mis nähud haigel parajasti olemas on, sest algul healoomuline süüfilis ei kindlusta veel siseelundite ja närvisüsteemi raske haigestumise eest hiljem, eriti puuduliku ja ebaotstarbeka ravi korral. Samuti ei garanteeri negatiivne liikvorileid süüfilise esimesel ja teisel aastal taabese ja progressiivse paralüüsi mittetekkimist hiljem. Suurem mõju kui parajasti käesolevail haigusnähtudel on üldisel elu-olukorral, alatoitumusel, ületöötamisel, ebatervislikul eluviisil ja ravi- menetlusel.

Ümberpöörduvalt — algul vägagi raske süüfilis võib hiljem kulgeda kergelt ja täiesti tervistuda.

Süüfilishaigele tema saatust tervise suhtes täpselt ennustada on võimatu. Kõik sõltub peamiselt sellest, kui varakult alustatakse ravi ja kui otstarbekalt ning põhjalikult seda teostatakse. Kõigel muul on teisejärguline tähtsus. Korrapärane ja küllaldane ravi on parimaks kindlustuseks süüfilise healoomulisele kulgemisele ja temast tõrjumisele.

Resistentne süüfilis. — Resistentse süüfilisega on tege- mist siis, kui haigel kliinilised ja seroloogilised nähud põhjaliku ja otstarbeka ravimise tagajärjel ei kao. **Salvarsaan-resis- tentseks** süüfiliseks nimetatakse neid juhtumeid, kus see väge- vaim süüfilisevastane ravivahend ei suuda kaotada süüfilisnähte.

Wassermann-resistentseks nimetatakse neid süüfi- lisjuhtumeid, kus haigel puuduvad haiguse kliinilised nähud, kuid vereproov annab pidevalt positiivse Wassermanni reaktsiooni, vaa- tamata korralikule ja küllaldasele ravile.

Nii salvarsaan- kui ka Wassermann-resistentse süüfilise üheks põhjuseks võib olla mõnede isepärase kaitsejõudude puudumine või vähesus organismis. Teiseks põhjuseks on ravi ettevõtmisega aastaid hilinemine või ravi ebaotstarbekas läbiviimine, kus, mitte arvestades haige organismi vastupanuvõimet, tarvitatakse temale ebasobivaid, liiga väikesi või liiga suuri ravimite üksikannuseid ja üldannust, eriti veel ebamääraste vaheaegadega. Kuigi kahjuliku- mad on ravimite liiga väikesed üksik- ja üldannused, ei ole kasuks ka raviga liialdamine, mis põhjustab mõnedel haigetel orgaanilisi rikkeid ja organismi loomulikkude kaitsejõudude vähenemist või koguni hävimist. Ka liiga pikaajaliseks (2½—3½ kuud) venitatud harilik raving, kus üksikute süstete vaheajad on tavalistest pikemad, võib saada resistentse WaR-i põhjuseks.

Kolmandaks resistentse süüfilise põhjuseks võib olla asjaolu, et organismis on urkaid, kus ravimid ei pääse spirohheetidele ligi, nagu kesknärvisüsteem, aordikaar, kapseldunud sidekude, armid, kõvastunud mahlanäärmed, naiste vaagnaelundid. Eriti sageli aset- seb varjatud süüfilise haiguskolle aordis ja närvisüsteemis, põhjus- tades aastate järel haiguse taaspuhkemist. Seepärast peab igal resistentisel juhul otsitama sääraseid peidetud haiguskoldeid ja alati püütama otstarbeka raviga muuta pidevalt positiivsena püsivat WaR-i negatiivseks, kuigi mõnede arvates ei olevat selleks tarvi- dust — kui haige on ennast juba küllaldaselt ravinud ja tal puudu- vad teised haigusnähud.

X. Millal võib süüfilishaiget arvata mitterak- tavaks ja millal tohib ta abielluda.

Nakatav on süüfilishaige esmajoones niikaua, kuni tal on väli-
seid haigusnähte, misjuures hilisnähud oma kasina spirohheetide-
sisaldusega on vähem nakkavad. Floriidse süüfilisega haigel või-
vad isegi muutuseta või väliselt normaalsed piirkonnad nahal nak-
kust edasi anda. Ka näilikult muutuseta elunditel ja limanahkadel
võib leiduda kahkjaid spirohheete, mis võivad põhjustada naka-
tust. Nii uuris Tšumanov spirohheetide-sisalduse suhtes süüfilise
teises peitejärgus viibivate haigete kurgumandlite ning emakakaela
sekreeti ja pookis kodujänestele nende haigete ninalima ning
mandli koetükikesi. Näilikult kõigiti normaalseil mandleil leidis
10% juhtudest kahkjaid spirohheete; 68 emakakaela sekreedis lei-
dus neid vaid ühel korral. Et ka teised uurijad on näilikult terve
emakakaela limanahalt leidnud kahkjaid spirohheete, siis võib
latentse süüfilisega naine mõnel juhul nakatav olla ka siis, kui tal
puuduvad välised süüfilisnähud. Kahkjaid spirohheete on leitud
ka näilikult tervelt kusetoru limanahalt.

Kolmandase latentse süüfilise puhul jäid Tšumanovi spiroh-
heetide otsingud mandlite ja emakakaela limanahalt tulemusteta,
samuti ei andnud tagajärgi ninalima pookimine. Küll aga leidis ko-
etükikeste pookimise järel loomadele 20% neist spirohheete. Haiged,
kellelt võeti materjal, olid nakatunud 2—4 aastat tagasi ja nad olid
endid puudulikult ravinud.

Värske süüfilisega haige veri on alati nakatav, hilissüüfilisega
haige veri mõnikord mitte. Teada on palju juhtumeid, kus nega-
tiivse WaR-ga hilissüüfiliitiku vere siirdnistusega (transfusioo-
niga) anti süüfilis edasi veresaajale, kuigi mitte ammu tagasi amee-
riklane McNamara kategooriliselt toonitas hilissüüfiliitikute vere
mitterakatavust ja seda isegi positiivse WaR-i korral. Veri, mis
vahepeal oli mitterakatav, võib muutuda uuesti nakatavaks, kui
spirohheedid satuvad organismi latentseist pesadest jälle verre.

Emapiim ja meheseeme on nakatavad ainult siis, kui nende eri-
tusteedel leidub spirohheete sisaldavaid haavandeid.

Steiner ja Mulzer süstisid latentse süüfilisega haigete täiesti
normaalseks muutunud liikvorit kodujäneseile ning põhjustasid
seega mitmel juhul nende nakatumist süüfilisse.

Mitmete uurijate arvates võivad mittesüfiliitilised nahalööbed „ümber reageeruda“, s. t. süfiliitlisteks muunduda ja seega nakkavaks muutuda.

Aja suhtes, kui kaua süüfilishaige nakatav on, lähevad arvamused lahku. Ravimata ja puudulikult ravitud haiged on nakatavad veel palju aastaid peale haigestumist, kuna küllaldaselt ravi-
tuil kaob nakatavus mõne aasta vältel, vähenedes järk-järguliselt iga ravinguga. Nakatavuse küsimuses ongi kõige olulisem see, kui kaua on haigel olnud haigusnähte ja kuivõrd hästi on ta ennast ravinud.

Nakkuse edasiandmise võimalus kolmandase süüfilise nähtudega haige poolt on praktiliselt väike, taabese puhul tuleb see vaevalt arvesse.

Kaasasündinud süüfilist võib esimese 4—5 aasta järel võrdseks pidada kolmandase latentse täiskasvanute süüfilisega ja teda siis arvata mittenakkavaks, kui haigel puuduvad välised haigus-
tunnused.

Millal tohib süüfilishaige abielluda? — See on väga tõsine küsimus, sest süüfilisel on suur mõju abielu-
õnnele ja seda kolmest seisukohast: 1) haige võib nakkust edasi anda abikaasale, 2) lastele ja 3) süüfilise põhjustatud siseelundite ja närvisüsteemi vigastused võivad varem või hiljem hävitada perekonnaõnne.

Eeltoodu põhjal ei tohi süüfilishaige enne abielluda, kui ta on täielikult tervistunud või arstilt selleks vastava loa saanud, seejuures alati täites teatud nõudeid, mis on järgmised:

Süüfilishaige või süüfilist põdenud ei tohi enne abielluda, kui nakkusest on möödunud vähemalt 4—5 aastat ja ta on läbi teinud põhjaliku ravi. Vähemalt 2 aastat enne abiellumist peab ta nii kliinilistest kui seroloogilistest haigustunnustest vaba olema ja selle aja vältel peab talle tehtama 5—6 seroloogilist uurimist. Üks aasta peale ravi lõpetamist peab ka liikvor olema negatiivne.

On aga haigel põhjalikust ravist hoolimata WaR 4—5 aasta pärast peale nakatumist veelgi positiivne, siis on haiguse retsidiivid ning tüsistused võimalikud ja seepärast on vajalik enne abiellumist läbi teha veel 2—3 täiendavat ravingut. Suurima tähtsusega on siis liikvori uurimise tulemus, sest tema patoloogilise olukorra puhul on vajalik abielu veelgi edasi lükata ja teostada malaariaravi.

Haige, keda on ravitud aborttiivselt (2 ravingut) juba süüfilise esmashaavandi alguses, enne sekundaarsete nähtude (ro-

seolide, paapulite) ilmumist, misjuures WaR on kogu aja negatiivne, võib abielluda juba 2½ aasta möödumisel nakatumisest, kui tal ka liikvorileid osutub normaalseks. Haiglase liikvori korral tuleb enne abiellumist teostada malaariakuur.

Haige esmashaavandiga, kuid positiivse WaR-ga võib samuti kui sekundaarsete nähtudega haige abielluda mitte varem kui 4—5 aastat peale nakatumist ja sedagi eeltoodud tingimustel.

Seega võib peale põhjalikku ravimist, kui vähemalt 2 aasta vältel peale selle lõpetamist pole ilmnenu enam ühtegi süüfilisnähtu ja ka korduvad vereproovid ning liikvor on negatiivsed, lubada abiellumist m e h e l e.

N a i s e kui tulevase ema suhtes on aga nõuded suuremad, sest isegi peale põhjalikku ravimist võib tema haigus olla vaid näilikut paranenud ning latentses seisundis ja säärasena last juba emaihus nakatada. Seetõttu on naise süüfilis abielule ohtlikum kui mehe oma. Kui mehel tavaliselt naise ja laste nakatamine süüfilisse 4—5 aastat pärast haigestumist on vähe tõenäoline, võib naine veel 6—10 aastat pärast nakatumist sünnitada süüfilishaige lapse. Seepärast peavad naistel eelantud ootamisajad olema vähemalt ühe aasta võrra pikemad. Seega võivad naised abielluda 5—6 aasta järel peale nakatuse, kui neil põhjaliku ravi lõpetamisel pole viimase 3 aasta vältel olnud mingeid süüfilise tunnuseid.

Kuid laste saamisega peavad süüfilist põdenud naised ootama veel 1—2 aastat, viibides sel ajal arstliku kontrolli all. Seega peab neil rasedusajaks olema nakatusest möödunud 6—8 aastat. Ka raseduse vältel peab iga naine ennast tingimata ravida laskma, ja seda mitte ainult siis, kui ta ise on kunagi süüfilist põdenud, vaid ettevaatuse pärast ka siis, kui lapse isa on kunagi olnud süüfilisest nakatatud.

Kui mõlemad abielulised on süüfilist põdenud ja seda puudulikult või ebaotstarbekalt ravinud, peavad nad hoiduma laste saamisest. Sageli ongi üks abielupooltest steriilne ehk sigivõimetu.

Stabiilseks jäänud algstaadiumiga taabesehaigel naisel ja mehel tuleb nakkuse edasiandmine vaevalt arvesse, kuid seal varitseb abieluõnne haige invaliidiks jäämine lühema või pikema aja pärast.

Kui on tegemist positiivse WaR-ga haigega, kes ise pole teadlik oma süüfilisest nakatumisest, on siiski tarvilik, ka vanemal inimesil, kinni pidada eeltoodud nõuetest ja tähtaegadest abiellumise suhtes. Kindlate kolmandase järgu süüfilise nähtudega haiged peavad enne abiellumist teostama 3—4 ravikuuri, kuigi nakkuse

edasiandmise võimalus pole siin eriti suur — kui kolmandased haigustunnused pole ilmnenud üsna varakult, juba süüfilise esimesil aastail. Neil, kellel süüfilis on raskesti vigastanud elulise tähtsusega elundeid, nagu südant, peaaju jne., kuigi nad ravi toimel on paranenud, tuleb abiellumisest loobuda.

Kaasasündinud süüfilisega haiged, kel peale korralikku ravimist püsib vaid positiivne WaR, võivad abielluda, sest nende poolt haiguse edasiandmine teisele abielukaaslasele on haruldane nähtus. Kuid kaasasündinud süüfilisega naised peaksid endid raseduse ajal siiski ravida laskma, et sünnitada eluvõimelisi ja terveid lapsi.

XI. Süüfilisest tervistumise kindlaksmääramine.

Nagu eespool nägime, võib süüfilishaiget igas haiguse järgus terveks ravida, kuigi seda mõnikord, eriti haiguse hilisel perioodil, on väga raske saavutada. Tervistumise kindlaksmääramise eel peab tingimata käima haige põhjalik ravi ja selle järel 2- kuni 3-aastane kliiniline ning seroloogiline kontrollimine.

Abortiivravi puhul tuleb haigele tervistumise kindlaksmääramiseks teha vereproove (WaR) esimesel aastal iga 1½—2 kuu järel, teisel aastal iga 3 kuu tagant. Kui WaR näitab mõnikord möödaminevaltki positiivset tulemust, on edasiravi vajalik.

Ravi alustamisel süüfilise konstitutsionaalseks muutumise järel, s. t. kui WaR on juba positiivne või kui haigel hiljem ilmub mõni süüfilise retsidiivnäht, peab peale energilise ravi lõpetamist haiget ja tema verd kontrollitama kahe aasta vältel vähemalt 5—6 korda.

Kolmandase ja närvisüsteemi süüfilise korral vältab kontroll pärast ravi lõpetamist veelgi kauem, 3—4 aastat. Sama järelevalveaega vajab ka hästi ravitud k a a s a s ü n d i n u d süüfilise juhtum.

Kui WaR veres püsib pidevalt negatiivsena, teostatakse haigele (tavaliselt üks aasta peale ravi lõpetamist) nn. p r o v o k a t s i o o n ehk WaR-i r e a k t i v e e r i m i n e arsenobensooliga ja selle järel korduvalt vereproove (vt. peatükki „Süüfilise diagnoosimine ehk äratundmine. Vere ja liikvori analüüsides“). Kui ükski neist vereproovidest on positiivne, tuleb ravi jätkata.

Veres WaR-i edasi negatiivseks jäämisel peab uuritama seljaajuvedelikku ehk liikvorit.

Kõige tähtsam ongi igal juhul liikvori seisund. Ilma selle järeleuurimiseta on üldse

võimatu tervistumise üle otsustada. Ainult liikvor annab meile ses suhtes lõppotsuse. Liikvori uurimisel arvestatakse rakkude arvu, globuliinreaktsiooni (Nonne-Apelt, Pandy), WaR-i, mastiks- ja *Goldsol*-reaktsiooni.

Teatud eelarvamuste pärast keelduvad paljud haiged liikvorit analüüsida laskmast, arvates, et see vigastab seljaaju ja lülisammast, põhjustab nädalaid kestvaid selja- ja peavalu jne. Kui mõnel haigel on säärased nähud ilmnenud, siis on nad selles tavaliselt ise süüdi neid kõrvalnähte ärahoidvate määruste mittetäitmise tõttu. Nimelt ei tohi peale lumbaalpunksiooni (nõela abil mõne ccm seljaajuvedeliku väljavõtmist) tarvitada kohvi ega teed, kiiresti käia, tõsta, jalgrattal sõita, vankris rappuda jne., vaid tarvilik on peale seda 24—48 tundi horisontaalses asendis lamada, muidu võivad haigel tõesti esineda mitmeid päevi kestvaid tugevaid peavalu, peapööritus, oksendamise ja isegi kerge kuklakangestus (meningismid). Nende häirete põhjuseks on rõhu kõikumised lumbaalruumis. Seepärast on punkteerimiseks sobivaim aeg õhtu enne magamaminekut. Peavalu ärahoidmiseks on soovitav mõne päeva vältel enne liikvori võtmist tarvitada broomi ja samal päeval ning selle järel 0,1 g luminaali. Vilunud arsti kätes on liikvori võtmine igatahes ohutu toiming.

Subokspitaalsel ehk tsisternaalsel punkteerimisel puuduvad eelmainitud kõrvalnähud ja ka meningismid. See menetlus on ka ambulatoorselt teostatav ja haiged lasevad endid sel viisil meelsasti punkteerida, ja seda ka korduvalt. Selle järel ei tarvitse nad ka lamada, vaid võivad kohe oma tavalise töö juurde minna.

Liikvor avastab peamiselt peidusolevat (latentset) hilissüüfilist, eriti aga kesknärvisüsteemi oma, mida vereproov sageli ei näita. Liikvori analüüs annab närvisüsteemi süüfilise korral peaaegu alati positiivse reaktsiooni, kuna need juhud, kus närvisüüfilis areneb ka negatiivse liikvori puhul (seronegatiivne taabes või paralüüs), on harukordsed. Küll on süüfilise varajases teises järgus peaaegu primaarne infektsioon sagedam kui seda väljendab liikvor. Liikvori analüüsimine on tingimata tarvilik igal negatiivse vereprooviga hilisema süüfilise juhul, eriti veel ebakorrapärase ravi järel ja latentse süüfilise puhul, mis on kestnud 3—4 aastat. Positiivse tulemuse saamisel peab liikvorit regulaarselt edasi uuritama iga 6 kuu järel, eriti aga enne uut ravigut. Liikvori negatiivseks muutumise järel ja närvisüüfilise tunnuste puudumisel peab analüüsi veelgi tehtama ühe ja kahe aasta möödumisel.

Ka küllaldata selt ravituil, kel vereproov on pidevalt negatiivne ja puuduvad teised aktiivse süüfilise tunnused, võib liikvor osutada positiivseks. See tõestab sümptomidevabana närvisüüfilist (*neuroloues asymptomatica*), mida ameerika uurijate arvates esineb 10—15% süüfilishaigeist, teiste arvates aga palju harvemini. Sääraste haigete ravi pole 67%-l alustatud süüfilise alguses, vaid hiljem, nagu näitavad samad Ameerika statistilised andmed (liikvori analüüsi tehti 5300-le süüfilist põdenule). Olulise tähtsusega on seejuures asjaolu, et ka sümptomidevaba närvisüüfilisega haiged võivad hiljem haigestuda progressiivsesse paraluüsi ja taabesesse. Kaasasündinud süüfilisega haigeil esineb sümptomidevaba närvisüüfilis harva. Liikvori analüüs osutub eriti hilisema närvisüüfilise diagnoosimiseks möödapääsematult tarvilikuks. Ta on vajalik ka neil juhtudel, kus on tegemist ühtede või teiste närvisüsteemi haigusnähtudega, ja ka reflekside puudumise ning silmaava jäikuse („silmatera“ liikumatuse) korral, mida ei või alati arvata seronegatiivseks taabeseks või progressiivseks paraluüsiiks.

Spetsiifilise ravi teostamine ilma liikvorit uurimata on säärasel korral põhjendamatu, samuti kui ravi jätkaminegi täiesti normaalse liikvorileiu korral. (Liikvori tähtsusest vt. veel peatükis „Süüfilise prognoos“.)

Niisiis on liikvori uurimisel otsustav tähtsus latentse (eriti närvisüsteemi) süüfilise avastamisel ja ühes sellega ka haige tervistumise kindlaksmääramisel. Tervistunuks võib arvata süüfilishaiget, kel peale põhjalikku ravimist püsib WaR mitte ainult veres, vaid ka liikvoris kogu kontrollaja (2—3 aastat) vältel negatiivne, mis ajal uuritakse ka liikvorit korduvalt.

Muidugi ei tohi kontrollitaval olla mingeid siseelundite, teiste elundite ega ka närvisüsteemi aktiivse süüfilise tunnuseid.

Tarbe korral peab tervistumise kindlaksmääramisel toimetama ka röntgenoloogilisi uurimisi.

Seega tuleb kokkuvõttes tervistumise kriteeriumina arvestada: 1) toimetatud ravi kvaliteeti; 2) kliiniliste uurimiste (dermatoloogiliste, terapeutiliste ja neuroloogiliste) andmeid; 3) laboratoorse (seroloogilise ja liikvorilise) uurimise andmeid; 4) tarbe korral ka röntgenoloogilisi tulemusi.

Süüfilisest tervistumise järel on vaevalt midagi karta järeltuleva soo suhtes niihästi kehalisest kui ka vaimsest küljest. Teissugune on muidugi seisukoht tervistunud parasüfiliitikut (taabes, progressiivne paralüüs) ja nende haigete suhtes, kellel süüfilis on raskesti vigastanud elulise tähtsusega elundeid, nagu südant, peaju jne. K. Zieler'i arvates ei saa tagajärgede poolest süüfilist võrrelda alkoholismiga, sest nakatusained mõjuvad soonte sidekoesse, mürgid aga tootmisrakkudesse.

On ka juhtumeid, kus tervistumise diagnoos jääb vaid kliiniliseks tõenäolisuse diagnoosiks ja lõppotsuse tegemine osutub võimalikuks alles pika aja järel.

XII. Süüfilisevastased ravimid, nende kasutamise viisid, toime ja kõrvaltoimed.

1. Spetsiifilised ravivahendid.

Elavhõbe (*Hydrargyrum*).

Elavhõbedat tarvitati Euroopas juba rohkem kui tuhat aastat tagasi igasuguste nahahaiguste ja pidalitõve ravimiseks ning parasiitide hävitamiseks. Süüfilise raviks on teda Euroopas tarvitatud üle 400 aasta ja kaugelt suurema osa sellest ajast halli salvi, auru, vannide ning pillide kujul. Esimesena võttis elavhõbedat süüfilise ravimiseks tarvitusele Widmann 1497. aastal või Paracelsus 1528. aastal. Araabia arst Almenarius olevat sellega süüfilist ravinud 1502. aastast. Hiinas olevat M. Dabry järgi elavhõbedat süüfilise ravimiseks tarvitatud juba 2637. aastal e. Kr. Indias ravitud IX sajandil e. Kr. haigust „pärsia tuli“, mille all oletatakse süüfilist, ka elavhõbedaga.

Elavhõbedat hakkasid esimestena nahaalusi süstima Scarenzio Itaalias 1864. aastal ja Levin Saksamaal 1867. aastal, milleks esimene kasutas kalomeli ja teine sublimaadi lahust. Verre hakati elavhõbedat süstima 1894. aastast.

Enne arsenobensooli ehk vanasalvarsaani (1910. a.) ja vismuti (1920. a.) tarvitusele võtmist süüfilise raviks oli elavhõbe ainus vahend, mis oli suuteline tervistama süüfilishaiget, kuid kaugeltki mitte nii sageli, kui seda suudavad praegusaja spetsiifilised ravimid.

Nüüdisajal kasutatakse elavhõbedat peamiselt kombineeritult arsenobensooli ning vismutiga ja enamasti süstete kujul lihastesse, nii et üheks ravinguks ehk ravikuuriks tarvitatakse elavhõbedat kõrvuti arsenobensooliga ja teiseks ravinguks asendatakse elavhõbe vismutiga. Halli elavhõbesalvi tarvitatakse (kas üksi või kombineeritult arsenobensoolidega) peamiselt hilissüüfilise puhul ning kindlustusravinguiks üldravi lõpul ja sedagi vanemate, eriti maal arstist kaugel elavate inimeste puhul. Elavhõbeda tarvitamine seepidiseks, nii suu kui ka pärasoole kaudu, on ära jäetud (välja arvatud üksikud kaasasündinud süüfilise erijuhud) seesuguse tarvitamise väga ebatäpse toime ja selle tagajärjel sageli esinevate mao ja soolte häirete pärast. Samuti on ära jäetud elavhõbeda auru sissehingamine erilistest aparaatidest ja rinnal kantavaist halli salviga täidetud kotikestest või lappidest ja sublimateid, sest nende vahendite ravitoime on liiga nõrk ja nad põhjustavad halbu kõrvalnähte.

Elavhõbeda tarvitamine süüfilise raviks on arsenobensooli ja vismuti leiutamisest saadik tunduvalt vähenenud, mis on ülekohtune selle vägeva ravimi suhtes. Vähenemise peapõhjuseks näib olevat tema mittemeeldimine haigetele süstete valulikkuse, sageli tekkivate valusate infiltraatide ehk paiksete paistetuste, igemete põletiku ja ka harvemini esinevate neerude vigastuse, mao-soolte häirete jne. tõttu, kuigi ravi toimetamine selle järgi, kuidas see haigetele meeldib, on täiesti lubamatu. Halli elavhõbesalvi ei poolda haiged seepärast, et ta määrab pesu, lõhnab halvasti ja tema tarvitamist on raske kaaselanike eest varjata.

Elavhõbeda vastased aga unustavad, et sageli annab elavhõbe soovitud tulemusi ka veel siis, ku seda pole suutnud teha arsenobensool ja vismut, ja et elavhõbeplaaster kaotab mõned süüfilise nähud ka siis, kui seda pole teinud teised spetsiifilised vahendid, ning et haiged neerud, mis ei talu vismutit, taluvad sageli hästi elavhõbeda lahustuvate soolade süstimisi. Elavhõbeda tarvitamine on eriti näidustatud: 1) kui haige ei talu arsenobensooli ja vismutit; 2) kui organism on arsenobensoolist ja vismutist üle küllastatud ja need vahendid pole andnud soovitud tagajärgi (haiguse resistentsus nende ravimite vastu); 3) kui haigel peale arsenobensooli ja vismuti tarvitamist tekib mõni süüfilise retsidiivnäht; 4) süfiliitiliste silmahaiguste puhul; 5) närvisüüfilise, eriti taabese ja poolhalvatuste (hemi- ning parapleegia) puhul; 6) aordi, maksa ja neerude süüfi-

lise korral; 7) kaasasündinud süüfilise mõnede juhtude raviks; 8) kindlustuskuurideks üldravi lõpul.

Elavhõbeda suureks väärtuseks on veel see, et temast on palju mitmekesiseid ühendeid ja preparaate, mis võimaldavad tema kasutamist väga mitmel viisil ja ühes sellega ravi laialdast isikupärastamist.

Nagu öeldud, tarvitatakse elavhõbedat praegusajal ainult halli salvi ja süstete kujul.

Halli elavhõbesalvi hõõrutakse nahasse teatud tsükli kaupa, milleks kehapind jagatakse harilikult 6 ossa ja seda mitmel viisil. Otstarbekas jagamisviis on järgmine: I osa — parema jala kogu sisekülg; II — sama pindala vasakul jalal; III — parema käe sisekülg randmest kuni õlani, viimane kaasa arvatud; IV — sama ala vasakul pool; V — rinnakorvi eeskülg ja mõlemad külgpinnad; VI — kõht ja selle külgpinnad. Et haige ise ei saa salvi selja pinnale hõõruda, jääb see kehaosa sel viisil kasutamata.

Jagada võib ka järgmiselt: I ja II osa — ühe ja teise jala säär ühes põlvega ja kämblalaiune pindala üle põlve; III ja IV osa — reied ja puusad; V ja VI osa — käed, õlad ja kere üks pikuti pool. Nii püsib ülakeha kauem puhas ega takista liialt haige viibimist inimeste keskel. Kui haigel on hõõrumiseks abiline, võib kehapinna jagada 6 ossa järgmiselt: I — üks käsi; II — teine käsi; III — üks jalg; IV — teine jalg; V — kere eeskülg; VI — selg. Kaenlaalustesse ja suguosade piirkonda halli salvi ei hõõruta, sest seal satub nahk kergesti põletikku. Sissehõõrutud pindala võib katta talgiga, mis vähendab pesu määrdumist ja naha ärritumist. Eriti on see soovitatav laste puhul. Lastel on soovitatav kogu kehapind jagada 5 ossa, mitte jagades kõhu ja rinna pindala kaheks, vaid jättes need väikeste mõõtude tõttu üheks tervikuks (esimese jagamisviisi järgi). Salvi hõõrutakse igal õhtul ja korraga ainult ühele kehaosale. Kui kogu keha pind on salviga sisse hõõrutud, siis moodustab see ühe tsükli, millele 6. või 7. päeval järgneb kuum vann (28—29° R) või higistamine saunas. See päev on haigele ühtlasi puhkepäevaks. 5—6—7 tsükli moodustavad ühe ravigu, mis niisil koosneb 30—36—42-st salvi hõõrumisest. Koos puhkepäevadega vältab üks ravigu 40—48 päeva. Neile, kes halvasti taluvad halli salvi, võib iga tsükli järel anda 2 puhkepäeva.

Enne salvi sissehõõrumist tuleb vastav kehaosa sooja vee ja seebiga puhtaks pesta ning hästi kuivatada. Hõõrutakse peamiselt peopesaga, poolringis, mitte edasi-tagasi ega tugeval vajutamisel, mis

asjatult ärritaks nahka. Hõõrumine peab vältama 15—25 minutit, kusjuures poolringi tagasitõmbed (südame suunas) võivad olla tugevamad. Salvi peab nahasse hõõruma nii hästi, et hõõrumise lõpul ei tohi sõrmega tugeval ületõmbamisel paljastuda normaalse värvusega nahka, vaid nahk peab olema hall.

Hõõrumiseks tarvitatakse ofitsinaalset 30%-list elavhõbesalvi (*Ungt. hydrarg. cinereum simplex*), üksikannusena (üheks õhtuks) täiskasvanuile 3—5 g, lastele vastavalt vähem. Võib tarvitada ka 50%-list salvi (*duplex*), mille ühekordne annus on täiskasvanuile 2—3 g.

Halli salvi tarvitamise ajal peab haige soojalt riietuma, sest ta on sel ajal tundlik külma vastu.

Korralikult toimetatult on halli elavhõbesalvi ravi toime hea, salvi kasutamine lihtne, valuta; ebamugav on vaid see, et ta määrib pesu, lõhnab halvasti ja takistab seltskondlikku elu. Seepärast tarvitatakse halli salvi peamiselt maal ja haiglais, seda enam, et ühises kooselus on raske tema kasutamist varjata. Kuldasjad tuleb halli salvi tarvitamise ajal enese küljest eemaldada, sest nad muutuvad amalgeerumise tõttu tuhniks. Kunagi ei tohi halli salvi tarvitada omapead, ilma arsti kontrollita, sest see võib põhjustada tugevat mürgistust.

Halli elavhõbesalvi toime suhtes on arvamused kahesugused. Ühtede arvates tekib salvi hõõrumisel nahasse kehasoojuse kaasabil elavhõbede auru, mis satub hingamisega kopsudesse. Kopsu alveoolide epiteel imeb selle auru enesesse ja sealt satub ta verre. Naha vigastamata sarvkiht elavhõbedat läbi ei lase ja sissehõõrumise järel teda pärisnahas ei leidugi. Küll ladestub väike elavhõbede hulk terakeste kujul higinäärmete ja juustenääpsude avaus-tes, kust need terakesed kas imenduvad või muutuvad kehasoojuse toimel jällegi auruks, sattudes nii kopsudesse. Naha kaudu organismi sattuval elavhõbede hulgal on igatahes tähtsusetu osa sissehingatava auru kõrval. Seepärast on halli salvi ravitoime suurem, kui haige seda ise nahasse hõõrub, sest siis hingab ta sagedamini ja sügavamalt, mille tõttu kopsudesse satub rohkem elavhõbede auru. Samal põhjusel on soovitatav hõõrumist toimetada õhtul ja kinnises, soojas (üle 15° C), samal õhtul mitte enam õhustatavas magamis- toas. Elavhõbede aurumise suurendamiseks on kasulik katta sissehõõrutud kehaosa villase või flanellist sidemega või kanda sellest materjalist aluspesu, mida vahetatakse vaid kord nädalas, iga vanni või sauna järel. Et pesusse imbunud salv seal edasi aurub, siis ei

ole kasulik igal hommikul selga panna puhast pesu, kuigi see seltskondlikus läbikäimises tunduks mugavamana. Teiste uurijate arvates on veel küsitav, kuidas satub halli salvi hõõrumisel elavhõbedat organismi rohkem, kas hingamisel kopsude või imendumisel naha kaudu. Et elavhõbedat auru sissehingamine teiste meetodite järgi (nii-öelda „puhtal“ kujul) avaldab võrreldes halli salvi nahasse hõõrumisega palju nõrgemat ravitoimet, siis lubab see arvata, et oma tähtsus peab olema ka naha kaudu organismi sattuval elavhõbedal. Seepärast arvavad need uurijad, et tunduv hulk elavhõbedat tungib halli salvi hõõrumisel nahanäärmete viimajuhade kaudu sügavamatele nahakihtidesse ja sealt mahlasüsteemi. Resorbeerudes ühineb salv vereplasmaga, andes siin elavhõbedat albuminaate ja peptonaate (lahustumine veres toimub seal leiduva keedusoola abil). Et naha läbilaskvus ja imamisvõime on väga individuaalne, siis on halli salvi naha kaudu organismi sattumine ja sellest sõltuvalt ka tema ravitoime üksikisikuil mitmesugune — kas suurem või väiksem.

Halli elavhõbesalvi suurimaks puuduseks on see, et pole võimalik teada organismi sattuva elavhõbedat hulka. Elavhõbedat suuremal hulgal kehasse sattumine põhjustab kergesti halbu kõrvalnähte ja isegi mürgistust, kuna seevastu väike hulk ei avalda küllaldast ravitoimet. Seepärast on halli salvi omapead, ilma arsti kontrollita kasutamine täiesti lubamatu, mida siiski teevad mõned lihtsameelsed inimesed. Ka ei või halli salvi tarvitada õrna naha ja mitmesuguste nahahaiguste, eriti ekseemi ja soomustõve puhul.

Halli elavhõbesalviga ravitakse hilissüüfilise väliseid nähte ka paiksetl.

Elavhõbedat kindlaimad ja lihtsamad kasutamiseviisid on tema soolade süstitamine lihastesse ja verre, mida võib muidugi toimetada ainult arst. Süstete suurimaks väärtuseks on täpse doosimise võimalus, millel on omakorda suur tähtsus ravi isikupärastamisel.

Süstitakse lahustuvaid ja lahustumatuid elavhõbedasoolasid, esimesi nii lihastesse kui ka verre, teisi ainult lihastesse. Vees lahustuvaid preparaate süstitakse siis, kui soovitakse saada kiiret, kuigi lühiajalist toimet (nad erituvad organismist kiiresti), lahustumatuid aga pikaldase ravitoime vajadusel. Seepärast kasutatakse esimesi peamiselt varajase, teisi aga latentse ja hilissüüfilise puhul. Kuid lahustuvaid elavhõbedasoolasid kasutatakse ka teatud hilissüüfilise nähtude, nagu nina, kurgu ja kõri gummide, aordi vigastuse ning

halvatuste puhul, kus on vajalik kiirem abi. Lahustuvate soolade 1—2 süstega proovitakse ka haige taluvust elavhõbeda suhtes, et siis seejärel teostada ravimist juba lahustumatute sooladega.

Lahustuvat elavhõbedasoola süstitakse 1—2%-lise vesilahusena, 1%-list iga päev ja 2%-list ülepäeviti à 1 ccm, vaheldumisi paremasse ja vasakusse tuharasse. Sellega viiakse organismi öö-päeva kohta 0,01 g elavhõbedasoola. Üheks ravinguks tehakse 30—40 süstet 1%-list lahust või 15—20 süstet 2%-list lahust (viimase asemel võib ülepäeviti süstida ka 1%-list lahust, kuid siis juba à 2 ccm). Ühe ravingu vältel viiakse organismi 0,3—0,4 g elavhõbedasoola.

Lahustuvaid preparaate on palju, ka patenteeritud. Süstete valulikkuse vähendamiseks lisatakse neile kokaiini ja selle aseaineid. Nende süstimist verre harrastatakse üldiselt harva, ainult erijuhtudel (nn. Linseri süsted, lahustuv elavhõbe koos arsenobensooliga, mis tugevdab elavhõbeda toimet; sellega saavutatakse häid ravitulemusi resistentseil haigusjuhtudel).

Lahustumatuid elavhõbedasoolasid tarvitatakse emulsioonide kujul — oliivi-, magusmandli- või mõnes teises õlis. Vedelat parafiini tema halva imendumise ja sageli tekkivate parafinoomide pärast enam ei tarvitata. Lahustumatute emulsioonide tarvitamine on tuntud massiivsete süstete nime all, millega viiakse organismi korraga suurem hulk elavhõbedat, mis süste kohal moodustab tagavaralao ehk „esmasest depoo“; sealt imenduvad elavhõbedasoolad aeglaselt verre ja veres ümberkujundatuna ringi voolates levivad nad organismis, ladestudes elundites, kus moodustavad „teisese depoo“. Viimasest satuvad nad aeglaselt ja järk-järguliselt uuesti verre. Seda uuesti verre sattuvat elavhõbedat kasutabki organism oma võitluses süüfilise vastu. See protsess vältab nädalaid, mis nõuabki ravinguile vaheaja tegemist, et ära hoida elavhõbeda ülekujumist organismis ja sellest põhjustatud mürgistust. Massiivsete süstete paremuseks on tugevam ravitoime, haigusretsidiivide kindlam ärahoidmine selle tõttu, et elavhõbe organismis kaua püsib, süstete harvemini tegemine (igal 4.—6. päeval) ja väiksem süstete arv üheks ravinguks (10—12—15). Massiivsete süstete puuduseks on: 1) doseerimise ebatäpsus, sest on võimatu teada, kui võrd ühtlaselt imendub esmasest depoost elavhõbedat organismi: ühel päeval ning ühel isikul võib see toimuda liiga suurel, tervist kahjustaval hulgal, teisel päeval ning teisel isikul aga liiga vähesel, nõrka ravitoimet avaldaval määral; 2) süstete ohtlikkus, sest emulsioon võib ettevaatamatul käsitlemisel sattuda veresoonde, mille

tagajärjeks on kopsuinfarkt või peaju mõne harusoone topistus; 3) elavhõbemürgistuse tekkimise võimalus sel teel, et mitmest kap- seldunud depoost hakkab kas kuuma vanni või mõne muu teguri toimel organismi imenduma korraga ebaloomulikult suur hulk elav- hõbedat, mida ei saa kuidagi pidurdada; 4) suurem valulikkus süste (eriti esimese ja teise) järel, mis on siiski väga individuaalne; 5) sageli tekkivad infiltraadid (paiksed paistetused), mis oma valu- likkusega tüütavad haiget; kui need tekivad iga süste järel, tuleb ravi elavhõbedaga katkestada. Infiltraadid imenduvad väga aeg- laselt, püsides mõnikord aastaid. Neid ravitakse kuumade vee- mähiste ja istevannidega ning kaetakse 20%-lise ihtüoolsalviga. Tugeva paistetuse puhul on kasulik palju lamada. Harva muutuv- vad infiltraadid aseptilisteks abstsessideks.

Eeltoodud raskemaid nähte esineb massiivsete süstete tege- misel niivõrd harva, et see ei tarvitse kedagi hirmutada ega sundida neist süsteist loobuma. Süstete korralikul toimetamisel ja teatud ettevaatusabinõude rakendamisel neid ei esinegi. Eriti ei tarvitse süstimise järel süste piirkonda masseerida ega lahustumatuid preparaate tarvitada kurnatud, elavhõbeda vastu ülitundlikkude ja vanade inimeste puhul. Ettevaatlik peab olema lahustumatu elav- hõbeda-emulsiooni tarvitamisega ka alkoholikute, suurte suitseta- jate, rasedate, malaaria- ja tiisikushaigete, podagrat ja rasket soonte- lupjumist põdevate, samuti mitte süüfilisest tingitud neeru-, maksa-, soolte- ja südamehaigete ravimisel.

Lahustumatuist elavhõbedasooladest tarvitatakse kõige sageda- mini 10%-list elavhõbeda-salitsülaati magusmandliõlis, harvemini samaprotsendilist kalomeli. Elavhõbeda-salitsülaadi toime on kiire, kuid lühiajalisem halli salvi omast. Korraga süstitakse 1 ccm emul- siooni. Halli 40%-lise õli süstimised on nüüdsel ajal ära jäetud.

Elavhõbeda t o i m e suhtes süüfilisele on arvamused mitmekesi- sed. Peaaegu üksmeelsed ollakse selles, et ta ei tapa spirohheete otseselt. Ta vaid suurendab ebaspetsiifiliselt organismi rakulisi ja fermentatiivseid kaitsejõude. Nii või teisiti organismi viiduna kand- dub elavhõbe seal peale imendumist verega laiali ja ladestub eba- ühtlaselt elundites — kõige rohkem neerudes, siis maksas, peen- ja jämesooles, kondiüdis. Vähe ladestub teda kopsudes, südames, maos, peaaigus, veres, lihastes ja nahaaluses rasvkoes. Tema jälgi võib leida seljaajuvedelikus, lootevees ja lootes eneses, kui ema raviti raseduse ajal.

Elavhõbeda eritumine organismist algab kohe peale tema süstimist; umbes $\frac{1}{2}$ osa süstitud hulgast eritub juba esimese 24 tunni vältel. Ülejäänud osa eritub aeglaselt, mitme nädala vältel, eriti lahustumatute emulsioonide tarvitamisel, nii et eritumine kestab edasi ka ravigu lõpetamisel. See asjaolu nõuab ravile vaheaegade tegemist, et vältida elavhõbeda kumulatiivset (ülekuhjuvat) toimet ja sellest tingitud mürgistust. Halli salvi tarvitamisel püsib elavhõbeda hulk veres ühtlasena ja madalal tasemel, kuna aga süstimistel ta sisaldumine veres süste päeval tugevasti suureneb, et siis järgnevail päevil järk-järguliselt väheneda.

Elavhõbe eritub peamiselt kuse ja roojaga. Kuses võib teda leida juba $\frac{1}{2}$ tundi peale süstimist. Peale halli salvi tarvitamist võib tema jälgi kuses leida veel 8 kuud. Kusega eritub ta korrapäraselt, roojaga ebakorrapäraselt. Väga vähesel hulgal eritub elavhõbedat ka süljega, röga, higiga, kuuveredega ja emapiimaga.

Elavhõbeda kõrvaltoimed. — Mõni inimene ei talu elavhõbedat sugugi, väikesed lapsed aga taluvad teda üldiselt hästi. Ravimise vältel esinevad halvad kõrvalnähud ei sõltu elavhõbeda ühest või teisest preparaadist, vaid on ühesugused kõigi preparaadide tarvitamise puhul. Küll aga on suur tähtsus tervishoiulisel eluviisil ja suuõõne puhashoiul.

Kõige sagedamini tekib igemete ja siis keele ning suuõõne limanaha põletik ehk stomatiit (*stomatitis mercurialis*). Limanahk muutub algul sinakaspunaseks, siis hallikaks, väga valusaks, mis raskendab kuivainete söömist. Suus tekib rikkalikult sülg ja terav metallimaik. Suus, söögitorus ja maos on põletustunne. Raskemal juhul tekivad mädased haavandid, mis halvasti lõhnavad. Sellega võib seltsida angiin ühes temperatuuri mõõduka tõusuga ja üldseisundi halvenemisega. Mõnikord muutuvad hambad lahtiseks ja mõni neist kukub väljagi.

Stomatiidi tekkimist soodustavad vigased, aukudega hambad ja nende kontsud, hambakivi, liigne suitsetamine ja alkoholi ning vürtsitatud toitude tarvitamine. Seepärast on väga tähtis enne elavhõberavi ettevõtmist korda seada hambad ja ravi vältel hoolitseda suuõõne puhtuse eest. Viimasel otstarbel kuristatakse 5—10 korda päevas suuõõnt ja kurku 2%-lise boorveega või 3%-lise vesinikülihapendi-lahusega (1 supilusikatäis klaasi leige vee kohta). Kaaliumkloriidi (Berthollet' soola) lahusega loputamistest on parem hoiduda. Hambaid, eriti nende vahesid, puhastatakse 3 korda päevas pehme harjaga pulbri või pasta abil. Raskema ja visalt püsiva

stomatiidi raviks pintseldatakse igemeid 5%-lise jooditinktuuriga või, veelgi parem, selle ja ratanniatinktuuri seguga (jooditinktuuri 6,0; ratanniatinktuuri 24,0). Stomatiit terveneb 2—3 päevaga, kui süstida verre 1—2 korda naatriumtiosulfaadi 5—10%-list lahust; igemete valu kaob juba esimese süste järel.

Suuõõne puhtuse eest peab hoolitsema ka peale elavhõberavi lõpetamist, sest elavhõbedat eritub veel nädalaid. Tarbe korral on kasuks ka kõhulahtistajad, higistamised ja igal juhul värskes õhus viibimine. Stomatiidi esiletulekul peab elavhõbede tarvitamise ajutiseks katkestama, samuti ka kõhuvalude korral.

Mõnikord harva tekivad, eriti lahustumatute elavhõbede-emulsioonide tarvitamisel, valud sooltes, eriti jämesooles, ja seedehäired, mis avalduvad kõhulahtisuses ja haige oksendamises. Okse ja roe on sageli verised, esimeses leidub ka limanaha tükikesi. Harilikult tekib see neil, kes ka muidu kannatavad kõhurikete all. Mõnede uurijate arvates maos ja peensooltes põletikku ega teisi häireid ei teki.

Mürgistus elavhõbedaga võib tekkida ka neil, kes teda üldiselt hästi taluvad. Põhjuseks on siin liiga suurte dooside tarvitamine või elavhõbede suurema hulga korraga verre sattumine kapseldunud depoodest kas kuuma vanni või mõne muu teguri tagajärjel. Kui esimese 2—3 süste järel lihastesse jäävad kõvad muhud, on parem elavhõbede süstimist katkestada, sest nad võivad edaspidi korraga imenduma hakata ja organismi elavhõbedaga üle külastada.

Neerude vigastus elavhõbemürgistuse tagajärjel avaldub harilikult 3.—4. ravinädalal tekkivas valkkusesuses, kusehulga vähenemises või isegi kuse lõppemises — kusetuses (*anuria*). Haige kurdab väsimuse, uimasuse, hiljem hirmutunde ja ärevuse üle. Südametegevus nõrgeneb, pulss on nõrk ja aeglane, tekivad minesused, külm higi, krambid (eriti säärelihastes). Elavhõbedast vigastatud neerud ei talu enam ka vismutit ega arsenobensooli. Haige peab dieeti pidama ja vannis higistama. Neerude kahjustuse õigeaegseks avastamiseks peab elavhõberavi vältel haigele 1—2 korda nädalas tehtama kuse analüüsi.

Mõnikord üheaegselt stomatiidi, neerude ja soolte häiretega, kuid ka nende puudumisel tekib nahale leetrite-, sarlakite-, nõges- või ekseemitaoline lööve (elavhõbe-dermatiit). Halli salvi tarvitamise ajal võib karvadega kaetud kehaosadel tekkida lihtne karvanääpsude põletik — folliculiiit. Elavhõbe-dermatiit ehk

erütrodermia võib tekkida kõigi elavhõbeda-preparaatide, ka halli salvi ning plaastri toimel ja levida laialdasele kehapindalale, olles ülitundlikkuse tunnuseks selle ravimi vastu. Raskemal juhtudel tekitab nahale vesivillid ja leemendavad laigud palaviku saatel. Peopesad ja jalatallad kattuvad sarvestunud jämedate kestadega. Ohtlikuks muutub seisukord, kui tekivad abstsessid ja flegmoon, mis võivad põhjustada veremürgistust (sepsist). Elavhõbe-dermatiidi taandarengut saadavad tugev naha kestendus ja koorumine. Raviks kasutatakse higistamist, haigele antakse vaid vedelat toitu, tarbe korral diureetikume (mitte elavhõbedast!). Naha leemenduse puhul tehakse kaaliumpermanganaadi-vanne. Kergemad juhud paranevad sel viisil varsti.

Ravi ajal peab hoolega jälgitama haige nahka, et seal tekkivaid nähte varakult avastada ja elavhõbeda (ning arsenobensooli) tarvitamist katkestada.

Elavhõbeda pikaldane tarvitamine võib põhjustada ka kehvere-sust (*anaemia*). Esimesel 2.—3. nädalal muutub vere koosseis paremaks, millele võib järgneda aeglane halvenemine. Viimase esiletulekul peab vähendama elavhõbeda annust ja ravi vältust ning tarvitama organismi tugevdavaid vahendeid (rauda, fosforit jne.).

Kogu elavhõbedaga ravimise ajal peab haige elama tervishoiuliselt. Söök olgu toitev, kuid kergesti seeditav. Kasulik on juua palju piima (1—2 liitrit päevas). Jälgida kehakaalu. Korralikult puhata öösel ja päeval, täielikult hoiduda alkoholist ja võimalikult vähe suitsetada. Kui tekib une- ja isupuudus või kehakaalu langus 2—3 kg võrra, on vajalik pikendada süstete vaheaega või anda haigele nädal puhkust. Enamasti aga tõuseb kehakaal.

Vismut.

Vismuti toomine süüfilise ravisse Sazerac'i ja Levaditi poolt 1920. aastal tähistab suurt edusammu süüfilise vastu võitlemisel ja haigete tervistamisel, seda enam, et peaaegu kõik haiged, ka imikud, taluvad vismuti süstimist hästi. Tema tarvitamine on näidustatud kõigi süüfilise järkude ja nähtude puhul ning hindamatu väärtus on tal nende haigete ravimisel, kes ei talu elavhõbedat. Nõrgad, kurtunud, verevaesed ja raske kopsutiisikusega haiged taluvad teda ka palju paremini kui elavhõbedat, mida ta suurel määral asendabki viimase aja süüfiliseravis. Ja seda ka seepärast, et vismutil on elavhõbedaga võrreldes mitmeid paremusi — ta süsted on

peaaegu ilma valuta, halvad kõrvalnähud palju harvemad ja mitte kunagi nii rasked kui elavhõbedal.

Vismuti toime näib sarnanevat elavhõbedaga, sest ta ei tapa spirohheete otseselt, vaid pidurdab nende sigimist; ühtlasi mõjub ta rakkude protoplasmale ärritavalt ja tugevdab organismi immuunreaktsioone ehk kaitsejõude. Ka *in vitro* vismut spirohheete ei tapa. Organismi viiduna teeb ta seal läbi rea muutusi, tekitades arvatavasti uue vismutiühendi, mis siis toimib spetsiifiliselt.

Vismuti süsted tekitavad samuti kui elavhõbedaga omad süste kohal esmase depoo, kust ta aeglaselt imendub verre ja ladestub seal ebahõlpsalt mitmekesisest elundistesse, kus tekitab teise depoo. Läbi tehes teises depoo muutusi, eritub ta aeglaselt, püsides niisiis kaua organismis, mis asjaolul on suur tähtsus ravitoime suhtes. Vismutit on leitud kõigis kudedes ja elundites — maksas, põrnas, neerudes, sooltes, kopsudes, südames, munandites, peaaigus, luudes, süljenäärmetes, süljes, sapis, pisarates, higis, emapiimas, lootevees, lootes eneses ja platsentas (kui ema raviti raseduse ajal).

Oma toime tugevusest spirohheetidele seisab vismut arsenobensooli ja elavhõbedaga vahel. Nende kolme ravimi süüfilisevastase toime tugevust märgitakse 10:7:4 (arsenobensool : vismut : elavhõbe).

Esmashaavand paraneb vismuti ainuüksisel toimel 1—2 nädalaga, kusjuures spirohheedid haavandist kaovad umbes nädalaga; roseoolid kaovad 1½—2 nädalaga, retsidiivsed roseoolid 3½ nädalaga, nahapaapulid umbes sama ajaga; süüfilise teise järgu limanahanaastud ja paapulid kuivavad ja taanduvad ilma paikse ravita 2—4 vismuti süste järel. Kiiresti paranevad ka haige üldtervislik seisund ja vere koostis, suureneb kehakaal ja kaovad varajased pealu- ja liigesevalud. Vismuti koostarvitamisel arsenobensooliga kaob kiiresti ka süfiliitiline kehveresus, kiiremini kui elavhõbedaga ja arsenobensooli toimel. Ka süfiliitiline nefroos ehk neerupõletik paraneb vismuti toimel jõudsasti, samuti ka süüfilisest tingitud kollatõbi.

Siiski pole vismut üksi suuteline asendama kombineeritud ravi viisi. Ainult erijuhtudel tarvitatakse teda üksikult, muidu ikka kõrvuti arsenobensooliga. Süüfilise kolmanda järgu nähtude puhul kombineeritakse vismutravi joodi tarvitamisega. Vismutit eelistatakse elavhõbedale: 1) esimese ravigu (eriti värskel süüfilisel) puhul; 2) nõrkade ja kurnatud haigete raviks; 3) pahaloomuse süüfilisel puhul; 4) imikute süüfilisel raviks.

Wassermanni reaktsioonile on vismuti toime nõrk ja aeglane. Ainult $\frac{1}{3}$ juhtudest muutub positiivne WaR puht vismuti toimele kahe ravigu järel negatiivseks. See nõuab tema tarvitamist koos arsenobensooliga.

Vismuti preparaate on samuti kui elavhõbeda omi lahustuvaid ja lahustumatuid. Peamiselt tarvitatakse siiski viimaseid õliemulsiooni kujul süstetena tuharate lihastesse. Lahustuvaid preparaate, mida võib süstida ka verre, enam ei tarvitata, sest nende toime pole parem, küll aga tarvitamine ohtlikum (verre süstides on vismuti toime 20 korda mürgisem). Lihastesse süstimist toimetatakse 2—3 korda nädalas, annusena 1—3 ccm, vastavalt sellele, missugust preparaati tarvitatakse. Lastele muidugi vastavalt vähem. Üheks raviguks tehakse 12—15—20 süstet, viies sellega organismi 1,2—2,0 g metallilist vismutit. Lihastesse süstimiseks on ka keerulisi vismuti-kiniini-joodi ühendeid, mida tarvitatakse peamiselt hilis- ja närvisüüfilise raviks 1—3 ccm korraga 2—3 korda nädalas (*Spirobismol*, *Bijochinol* jt.). Vaatamata väikesele vismutisisaldusele on viimatimainitud preparaatide ravitoime tugev. Ainult seroreaktsioonidele mõjuvad nemadki nõrgalt, mille tõttu peab ka neid tarvitama üheaegselt arsenobensooliga. Kellel on ülitundlikkus kiniini vastu, sellel tekivad palavik (kuni 40°), kuulmise ajutine nürinemine ja erüteemid nahale, mis nõuab mõne teise preparaadi tarvitusele võtmist. Süstimistehnika on samasugune kui lahustumatute elavhõbeda-preparaatide puhul. Haige võib ravi ajal oma elukutselisi kohustusi edasi täita. Tervishoiuline eluviis on vajalik, samuti ka suuõõne puhashoid. Vismuti tarvitamine on keelatud mittesüfiliitiliste maksa- ja neeruhaiguste korral.

Eestis tarvitatavamaid vismutipreparaate on: *Bismogenol*, *Bismutin* (eesti oma), *Casbis*, *Spirobismol*, *Trépol*, *Neotrépol* ja *Bijochinol*. Meie eesti *Bismutin* on vismutnitraadi 10%-line steriilne suspensioon happevabas oliiviõlis anesteetikumi-lisandiga. Üksikannus on 1—1,5 ccm.

Viimasel ajal on rahuldavaid ravitulemusi saadud ka teatud vismutiühendi (kompleksiivne vismutkloriid) s u u k a u d u sissevõtmisel. Sel teel on saavutatud isegi positiivse WaR-i muutumist negatiivseks mitte ainult veres, vaid ka liikvoris. Ühendades vismuti komplektset soola maksaekstraktiga, suurendas Serefis veel rohkem tema süüfilisevastast toimet. See maksa-vismutisool, tema poolt *Vismutrat*'iks nimetatud, sisaldab 4% metallilist vismutit ja ta toime näib olevat võrdne vismuti süstete omaga. Märkimisväärne

on veel asjaolu, et selle vismutraadi suu kaudu sissevõtmisel leiti vismutit alati liikvoris ja isegi tunduval määral. Suu kaudu sissevõetud vismut eritub aga täielikult 3 öö-päeva vältel. See preparaat on siiski veel katsetamisjärgus.

Vismut eritub organismist peamiselt kuse ja roojaga, esimesega 3—4 korda rohkem kui teisega. Eritumine kusega on ühtlane, roojaga ebaregulaarne. Vismuti imendumine ja eritumine, ühtlasi ka tema ravitoime on ühe ja sama vismutipreparaadi ja ühesuguse annuse puhul mitmete inimeste juures väga mitmesugune, kindlalt individuaalne. Nii imendumine kui ka eritumine, mis toimuvad paralleelselt, võivad omada ka ebäühtlast (ebaregulaarset, tõukelist, hookaupat toimuvat) iseloomu, mis sõltub haige konstitutsionaalsest eriomadusist. Eritumisele avaldavad mõju ka välised tegurid — toitumus, haige sotsiaalne olukord ja eluviis. Haige eluiga vismuti imendumisele ega eritumisele erilist mõju ei avalda.

Vismuti eritumine algab väga mitmesugusel ajal, sõltuvalt mitte ainult eeltoodud tegureist, vaid ka tarvitatava preparaadi omadusist ja sisseviidud vismuti hulgast. Mõne vismutiühendi eritumine algab juba 12—26 tunni, teise oma aga alles 8—20 päeva pärast peale süstet. Ühtedel haigetel ja ühtedest preparaatidest eritub suurem osa vismutit 3—4 päevaga, teistel ja teiste preparaatide tarvitamisel püsib ravigu lõppedes ja veel mitu nädalat peale seda 50% vismutist organismis edasi. Väiksemal hulgal vältab vismuti eritumine veel 1—3 kuud peale ravigu lõpetamist ja veelgi kauem, millal röntgeniga läbivalgustusel võib lihastes süste kohal leida vismuti jälgi. Erijuhtudel võib vismut lihastes imendumatult aastaid püsida. Neil juhtudel puudub temal raviv toime. Spektroskoobi abil võib kord organismi viidud vismuti jälgi leida kuses veel aastaid hiljem.

Mõned süüfilisjuhud ei allu vismutravile, sest haigusnähud ei kao või kaovad lühikeseks ajaks, taaspuhkedes juba mõne nädala pärast. On ka vismut-resistentseid juhtumeid, kus süüfilise nähud mitte ainult ei kao, vaid ravi ajal isegi progresseeruvad. Siis peab vismuti asendama elavhõbedaga. Mitmekuulise ravi puhul on tarvilik vahetada ühte vismutipreparaati mõne teisega, et spirohreedid ei harjuks ühega neist.

Vismuti kõrvaltoimed tekivad palju harvemini ja nõrgemal kujul kui elavhõbedad omad. Kõige sagedamini, umbes 50% haigeist, esineb vismuti kõrvaltoime igemeil nn. „vismutivöö“ kujul. Sel puhul tekib igemete alumisele äärisele sinakasmustjat või lillakat värvust riba, mis püsib mitu nädalat. See on täiesti ohutu näht,

mis ei takista edasiravimist. Väga harva tekivad ka tumesinised „vismutilaigud“ põskede, huulte, keele, kõva kurgulae ja mandlite, samuti ka põie ja soolte limanahale. Harva tekib igemete põletik, nn. vismut-stomatiit, mille tekkimist soodustavad vigased hambad ja nende kontsud. Veel harvemini tekib nn. *chock dentaire* — lühiajaline pistev valu igemeis varsti peale süstimist. Peale stomatiidi ei vaja kõik need nähud eriravi, kuna vaid stomatiidile on kasulikud samad toimingud, mis leidsid kirjeldamist elavhõbe-stomatiidi puhul. Kasulikud on ka kuristamised sooja kaaliumperman-ganaadi- ja rivanoolilahusega (1:1000). Head toimet avaldavad vismut-stomatiidi puhul 10%-lise kaltsiumilahuse verre süstimid, mis kiirendavad ühtlasi vismuti eritumist.

Harva tekib ravigu lõpposas neerukoeärritus (*nephropathia bismutica*) kerge valkkusesuse kujul. Kuses leidub siis silindreid, erütrotsüüte ja suuri ümmarikke teri sisaldavaid nn. „vismutrakke“. Kõik see kaob kiiresti ega takista edasiravimist. Ainult tugev valkkusesus nõuab ajutist ravi katkestamist, dieedipidamist, vannis higistamist ja joodisoolade sissevõtmist. Neerude ärrituse varaseks avastamiseks on vajalik teha 1 kord nädalas haigele kuse analüüsi. Harva esinevad vismuti toimel ka üldhäired, nagu roidumus, peavalu, isutus, kõhulahtisus, kehakaalu langus, „vismutgripp“ ja teised soolte häired. Väga harva põhjustab vismut kollatõbe, mis tekib enamasti 1—1½ kuud peale viimast süstet ja püsib 4—6 nädalat. Teiste siseelundite ja närvisüsteemi raskeid kõrvalnähte ei esine. Nähud nahal, nōgeslōõbe-, leetrite- ja sarlakite-taoline punetus, vesivillid (dermatiit ja erütrodermia) ning naha sügelemine on tavaliselt tingitud samal ajal tarvitatavast arsenoben-soolist. Mōnikord tekib vismuti toimel naha tumedamaks värvumine (pigmentatsioon).

Arsenobensool ja tema aseained.

Arseni tarvitati süüfilise ravimisel kõrvuti elavhõbedaga juba XVI saj., eriti kurtunud ja pahaloomulise süüfilisega haigete puhul, nii suu kaudu sisse võttes kui salvina nahasse hōõrudes. 1788. aastast tarvitati sissevõtmiseks ka arseni, elavhõbeda ja joodi segu (*Solut. Donovanii*). Veel 1901. a. soovitas Ivan Bloch süüfilise raviks aasia (arseni) pille, Prantsusmaal tarvitati selle sajandi alguses *Arrhenal*'i. Peale organismi tugevdava toime arvati arseni suutvat suurendada (aktiveerida) ka temale järgneva elavhõbeda ravivat toimet.

Uue hoo ja suuna andis arseeni tarvitamisele aga kahkja spirohheedi avastamine Schaudinn'i poolt 1905. aastal ja tema arvamus, et kahkjas spirohheet seisab väga lähedal inimestel unehaigust tekitavaile pisikuile — trüpanosoomidele. Samal ajal näitasid Uhlenhuth'i katsed, et spirillide tekitatud haigustele avaldab head ravitoimet arseeni keerulise orgaanilise ühendi atoksüüli (*Atoxyl*) süstimine. Atoksüüli kasutas prof. Koch praktiliselt unehaiguse ravimiseks neegritel, saades sellega väga häid ravitulemusi. Ka loomade haigused, mille põhjuseks olid teist liiki trüpanosoomid, allusid väga hästi atoksüüli-süstetele. Kuid varsti selgus, et atoksüülil on ka väga kahjulik, mürgine kõrvaltoime, sest osa temaga ravitud neegreist jäi hiljem nägemisnärvide kõhetuse tagajärjel pimedaks.

Lähtudes asjaolust, et kahkjas spirohheet on väga lähedane trüpanosoomidele ja spirillidele, soovitasid 1906. a. Uhlenhuth ja Salmon atoksüüli tarvitada ka süüfilise ravimiseks. Ei tuntud siis veel küllaldaselt selle kahjulikku kõrvaltoimet. Atoksüül kaotas üsna kiiresti mitmesuguseid süüfilise nähte, kuid ka siin ilmnisid hiljem pimedaksjäämise juhud ja teised halvad kõrvalnähud, nagu soolte ärritused, neerude vigastused jne. Seepärast loobuti jäädavalt atoksüüli tarvitamisest, kuid mõte leida arseenis spetsiifilist süüfilisevastast ravimit jäi püsima. Samal ajal tõestas Neisser, et ahvide süüfilist ravib hästi isegi anorgaaniline arseen (*acidum arsenicosum*). Siiski arvati, et ainult arseeni orgaanilised ühendid kui vähem mürgised ja lühikese aja vältel suuremates annustes kasutatavad võivad viia ülesseatud sihtidele.

Arseeni orgaaniliste ühendite kallal töötas eriti Paul Ehrlich Frankfurdis Maini ääres. Koos keemik Bertheim'iga uuris ta põhjalikult atoksüüli keemilist struktuuri. Viimast muutes sai ta mitmesuguseid teisi arseeniühendeid, niihästi mürgiseid kui ka ohutuid. Ühte neist — *Arsazetin*'i — soovitas ta kui mittemürgist süüfilise raviks, kuid praktilised kogemused näitasid, et ka sel oli mürgine toime (eriti silma- ja kuulmisnärvidele), samuti kui Ehrlich'i poolt hiljem soovitatud *Arsophenylglyzin*'il, mis põhjustas krampe, halvatusi ja isegi üksikuid surmajuhtumeid. Ka Prantsusmaal müügile ilmunud *Hectin* ja Inglismaal leiutatud *Soamin* ei täitnud neile pandud lootusi.

See ei heidutanud geniaalset uurijat P. Ehrlich'i. Aastaid kestnud süstemaatiliste uurimiste järel oma kaastöölistega esines ta 1910. aastal teadusmaailma ees süüfiliseravi uue põhimõttega „*therapia sterilisans magna*“ ja uue orgaanilise arseenipreparaadiga

„606“ ehk salvarsaan ($C_{12}H_{12}O_2N_2$), mis pidi ühe süstega sterili-seerima kogu organismi, s. t. hävitama ühe hoobiga kõik spirohheedid organismis. Uue põhimõtte aluseks oli Ehrlichi õpetus „*corpora non agunt, nisi fixata sunt*“, s. t. et keemiline aine mõjub koesse, parasiitidesse jne. ainult siis, kui ta suudab nendega keemilisse ühendusse astuda (neisse fikseeruda). Samal ajal ei tohtinud see keemiline aine organismile kahjulikult mõjuda, mis nõue valmistaski süüfilisevastase ravimi leiutamisel suurimaid raskusi.

„606“ leutas Ehrlich mitte juhuslikult, vaid hiiglasuure töö ja süstemaatiliste katsete tulemusena. Ta oli juba avastanud ja loomade, peamiselt valgete hiirte ning küülikute juures järele proovinud 605 igasugust arseeniühendit (1908. aastal esines ta arstide ees preparaadiga nr. 418), kuid need ei andnud veel neid tulemusi, mida väsimatu uurija tahtis saavutada. „606“ oli vaid üks lüli paljude teiste ainete ahelas. Selle preparaadi toimet seletas ta väga põhjalikult ka teoreetiliselt.

Ehrlichi lähima kaastöölise jaapanlase Hata uurimised „606“ ehk salvarsaaniga 1909. a. näitasid, et süüfilist põdevail küülikuil hävivad kõik spirohheedid üheainsa süste toimel, misjuures ravimi annus on organismile täiesti kahjutu. Preparaati katsetati ka hiirte ning rottide taastuva soetõve, kanade spirilloosi ja framböösiaga haigete raviks. Piisas vaid ühest salvarsaani süstest nende haiguste tervistamiseks.

Inimeste raviks katsetas uut preparaati esimesena prof. Alt 1909. a. lõppkuudel ja avaldas katsete tulemused märtsis 1910. a. Algul uuris ta salvarsaani raviannuste kahjutust organismile kahe arsti kallal ja seejärel ravitoimet haigetel, kes olid süüfilise tagajärjel halvatud. Ravi tulemused olid hiilgavad ja salvarsaaniga ravitute arv tõusis kiiresti tuhandetesse, misjuures raviti juba süüfilise kõikide järkude nähte. Salvarsaani väärtust tõstis veel asjaolu, et ka need süüfilise kujud, mis ei allunud senini tarvitusel olnud elavhõbeda ja joodi toimele, paranesid „606“ toimel imehästi, samuti ka kaasasündinud süüfilis ja tiisikushaigete süüfilis; viimaste olukord oli varem eriti raske, sest nad ei talunud ravi elavhõbedaga ja joodiga, mis vahendid nende seisundit isegi halvendasid.

Ometi ei saadud neid hiilgavaid ravitulemusi kõigil haigetel ja hiljem puhkesid mõnedel hästi paranenuil süüfilise nähud uuesti. Suurendati ravimi annust, kuid siis ilmnesid mürgistusnähud ja mõned juhud lõppesid haige surmaga kas salvarsaani süstimise ajal või päevi ning nädalaid pärast seda (tol ajal loeti 11 000 salvarsa-

niga ravitu kohta ainult 5 surmajuhtu, needki südame ja peaju rikega haigetel).

Aasta-paari jooksul selgitasid praktilised kogemused salvarsaani puudusi ja esimene suur vaimustus haihtus. Paljudel haigetel ometi saavutatud head ravitulemused aga aina õhutasid Ehrlichi edasi sammuma oma otsingute teel ja 2 aastat pärast „606“ leiutamist esines ta uue orgaanilise arseenipreparaadiga „914“ ehk neosalvarsaan ($C_{12}H_{11}O_2As_2N_2CH \cdot OSONa$). Ka see number vastas tema poolt uuritud ja järeleproovitud arseni aromaatiliste ühendite arvule. Ehrlichi arvates pidi „914“ abil kergemini saavutatama organismi steriliseerimist, sest see oli vähem mürgine ja omas peaaegu kaks korda suuremat spirohheete tapvat toimet. Ka tema tarvitamise viis osutus hulga lihtsamaks. Oktoobris 1911 andis Ehrlich uue preparaadi haigete juures järeleproovimiseks Schreiberile, kes sai sellega häid ravitulemusi. Suvel 1912. a. ilmus neosalvarsaan avalikule müügile. Kuid algul ei osatud uut preparaati õieti doosida, tarvitades liiga suuri üksikannuseid (1,0—1,5 g ja nädala vältel 5—6 g), mille tagajärjel esines surmajuhtumeid (ühe aasta vältel kirjeldati neid 31). Nende põhjuseks võisid osaliselt olla ka preparaadi võltsimised. Seepärast kestsid „914“ leiutamise järel edasi uute arseeniühendite avastamised keemikute poolt ja seda mitmel maal, eriti Prantsusmaal (*Galyl* ehk „1116“, *Ludyl* ehk „1151“), kuid senini püsib neosalvarsaan parima süüfilisevastase ravivahendina, kuigi ka tema abil ei saavutata Ehrlichi ideaali — steriliseerida organism ainult ravimi ühekordse süstimisega. Järgnevad aastad näitasid, et neosalvarsaan sai õnnistuseks kogu inimkonnale, sest süüfilishaigete arv oli igal pool suur ja süüfilis oli muutunud riikidele ning rahvastele tõsiseks sotsiaalseks hädaks. Ta hävitas mitte ainult perekondi ja nende järglasi (lapsi), vaid ta ähvardas väljasuremisele viia ka mõnegi rahva, kuigi tal polnud enam seda epideemilist iseloomu, mis tal oli keskajal. Üksi Venes loeti 1907. aastal süüfilishaigete arvu 2—3 miljonile.

Neosalvarsaan (dioksüdiamiino-arsenobensool-metaan-sulfiinhapu naatrium) sisaldab 18,5—19,5% arseeni, sulab kergesti vees ja füsioloogilises lahuses, misjuures lahuse reaktsioon on neutraalne. Nüüdsel ajal on igal suuremal riigil omad neosalvarsaani tüüpi, omaduste poolest temaga samaväärsed või selle lähedased preparaadid, nagu inglasterl *Neokharsivan*, prantslastel *Rhodarsan*, ameeriklastel *Neoarsphenamin*, poolakail *Novarsenobensol*, itaallasterl *Neoaccol*, Nõukogude Liidul *Novarsenol* jne. Lihtsa kasutusviisi tõttu

on need preparaadid peaaegu täielikult välja tõrjunud vanasalvarsaani tarvitamise.

Arsenobensooli toime on mitte ainult kõige vägevam, vaid ka kõige kiirem kõigist süüfilisevastasteist vahendeist, kuigi lühiajalisem oma vältuselt. Alles tema leiutamine tegi võimalikuks süüfilise tervistamise laiemate hulkade juures ja muutis endise, võib isegi öelda, õudse haiguse võrdlemisi kergesti ravitavaks ja tervistatavaks. Rõhuv enamik haigeist talub arsenobensooli hästi ja ainult mõned tervisehäired nõuavad tema tarvitamisel suurt ettevaatust või isegi keelavad tema tarvitamise. Nüüdsel ajal süstitakse neosalvarsaani tüüpi preparaate ainult verre, kuna lihastesse süstimid põhjustavad tugevat valu ja avaldavad ebatäpset toimet lihastes tekkivate infiltraatide pärast; lihastesse süstimiseks on nüüd leitud teised arsenobensooli eripreparaadid (solusalvarsaan jt.). Suu kaudu sissevõtmisel pole arsenobensoolil nimetamisväärset ravitoimet ja see polegi võimalik varsti tekkivate seedehäirete pärast.

Arsenobensooli süstimist toimetab arst oma koduses kabinetis või vastavais raviasutis, mille järel haige võib kohe koju või töösse minna. Nii enne kui ka peale süstimist tuleb hoiduda igasuguseist pingutusist ning ärritusist, alkoholist, liigsest suitsetamisest ja tugevast söömisest.

Süste toimetamine on lihtne, kusjuures haige istub laua ääres, ja kogu toiming vältab vaid mõne minuti. Süstitakse peamiselt käsivarre veeni, hoidudes selle eest, et lahus ei satuks naha alla ja lihasesse, mis tekitaks mitu tundi vältava ägeda valu ja päevi ning nädalaid kestva paistetuse süste kohal. Lahuse naha alla sattumisel on soovitatav sellesse piirkonda süstida umbes 10 ccm haige verd, mis hoiab ära nekroosi tekkimise.

Arsenobensooli tarvitatakse süüfilise kõigi järkude ja nähtude puhul, ka rasedate ravimiseks kaasasündinud süüfilise vältimisel.

Arsenobensooli ravitoime on väga tugev, eriti varajase süüfilise puhul. *In vitro* (katseklaasis) ta kahkjaid spirohheete ei tapa, küll aga teeb ta seda otseselt ja kiiresti organismis, kus temast tekib uus keemiline ühend. Kõvast paisest kaovad arsenobensooli verre süstimisel spirohheedid 1—5 päevaga, kubemenäärmeist 1—2 nädalaga. Kiiresti taanduvad ka roseoolid ja paapulid, sageli 1—2 süste järel, niisama ruttu ka limanaha naastud, pea- ja luuvalud. Mida vanem on süüfilis, seda nõrgem on arsenobensooli ravitoime kahk-

jaile spirohheetidele. Hilissüüfilise puhul on tema toime mitmekesiste kudede ja elundite suhtes ebaühtlane; siis mõjub ta palju intensiivsemalt nähtudele nahal ning limanahal kui siseelundeis ja närvisüsteemis.

Ka seroreaktsioonidele on arsenobensooli toime süüfilise varajastes järkudes tugevam kui hilistes.

Üldorganismile avaldab arsenobensool tugevdavat toimet, nii et paljude haigete kehakaal tõuseb. Mis puutub lihastesesse süstitavasse arsenobensooli-preparaatidesse (solusalvarsaan jt.), siis on nende ravitoime umbes võrdne neosalvarsaani omaga. Nad vaid põhjustavad sageli kerge iseloomuga nahalööbeid. Neid tarvitatakse peamiselt seal, kus verre süstimine on raskendatud või kiire ning tugeva toime pärast ebasoovitav. Müosalvarsaani enam ei tarvitata, sest solusalvarsaan asendab teda täielikult ning mõjub paremini. Solusalvarsaani tarvitatakse peamiselt siiski väikestele lastele. Raskemaid kõrvalnähte põhjustab ta harva. Peale süstimist tunneb haige ainult lühemat aega kõrvetist ja mõõdukat valu süste kohal.

Mitmes riigis on sünteesitud veel rida teisi „606“ ja „914“ tüüpi preparaate, nagu *Silbersalvarsan*, *Neosilbersalvarsan*, *Salvarsan-natrium* ehk „1206“, *Sulfoxylat-Salvarsan*, *Luargol*, *Arsenobensol-Pieroni* jne., kuid kõik need preparaadid pole leidnud laialdasemat tarvitamist. Nad on head, kui süüfilisnähud või seroreaktsioonid osutuvad resistentseiks „914“ tüüpi preparaatide suhtes.

Peale verre süstimist erituvad arsenobensoolid kiiresti, umbes 75% seitsme tunni jooksul. Gummoosse ja närvisüüfilise puhul erituvad nad aeglasemalt. Verest kaovad nad ruttu ja liikvoris leidub neid vähesel määral ainult väga suurte annuste tarvitamisel. Kõige rohkem erituvad „914“ tüüpi arsenobensoolid neerude kaudu, mis nõuab viimaste olukorra jälgimist kogu ravi vältel (kuseanalüüsid 1—2 korda nädalas). Eritumine puudub salvarsaandermatiidi ja kollatõve korral. Mida kiiremini arsenobensool eritub, seda nõrgem on tema ravitoime.

Arsenobensoolide kõrvaltoimed, eriti raskemad, tekivad harva ja neid saab ravimi otstarbekal kasutamisel peaaegu alati vältida.

Kerged kõrvalnähud on: kerge peapööritus ja peavalu, hingetamine, nukrus- ja nõrkustunne, näo- ja peanaha äkiline punetus ning okse, mis nähud tekivad juba süstimise ajal või kohe peale seda (nitroiidsed kriisid ehk angioneurooti-

line sümptoomide kompleks), kadudes iseenesest 3—10 minuti vältel. Raskemal juhtudel algul kahvatuks muutuv nägu läheb punaseks, muutudes seejärel tsüanootiliseks, tursunuks; tursuvad huuled, silmalaud, kõrvalehed, mõnikord ka suuõõne, kurgu ning neelu limanahk. Nahale tekib nõgeslööve. Pulss kiireneb, haige erutub, muutub väga rahutuks, tekib valu rinnus, hingematmine, surmahirm, mõnel ka teadvuse tumestus, harva minestus. Kõik see haiget hirmutav, aga iseenesest ohutu olukord kaob haige istukil olles $\frac{1}{2}$ —1 tunniga jäljetult, adrenaliini nahaaluse süste järel aga kohe. Harva esinevad valu ristluudes ja liigeseis ning südamegevushäired.

Teise järgu süüfilisnähtudega haigel tõuseb mõnikord 2—3 tundi pärast esimest arsenobensooli süstet palavik $38,5$ — $40,5^{\circ}$ -ni („s pirohheetne palavik“), mis algab vappkülmaga ja kaob mõne tunniga; sellega käivad sageli kaasas halb enesetunne, kurvameelsus, jõuetus, okse, kõhulahtisus ja olemasolevate haigusnähtude arvuline suurenemine ning laienemine (Jarisch-Herxheimeri reaktsioon); kõige selle põhjuseks on äkitselt suurel hulgal hävinud kahkjate spirohheetide toksiinid ja nende ärritav toime haiguskolletele, samuti ka haige koe lagunemise kiirenemine. Peale esimest arsenobensooli süstet need nähud tavaliselt enam ei kordu. Neid saab vältida, kui ravingut alustatakse mitte arsenobensooliga, vaid 2—3 vismuti- või elavhõbeda-süstega. Kuid palavik võib tõusta ka arsenobensooli mittetalutavuse ja tema vastu ülitundlikkuse puhul („salvarsaanne palavik“), kordudes siis iga süste järel; seda saadavad alati peavalu ja oksendamine. Säärane palavik võib kesta mitu päeva ja nõuab ravimi edasitarvitamisel äärmist ettevaatust või isegi temast loobumist, et vältida raskemaid tüsistusi. Säärane salvarsaanne palavik esineb siiski harva. Mõnikord esinevad mao-soolte häired — okse, kõhulahtisus, pistvad valud kõhus. Neerusid vigastab arsenobensool harva ja peamiselt liiga suurte annuste tarvitamisel. Neerude vigastus sõltub enamasti samaaegselt tarvitatavast vismutist või elavhõbedast ja nõuab ravi ajutist katkestamist.

Maksa ülesandeks on muuta arsenobensool organismile kahjutuks. Maksas ladestuv arsenobensool vigastab ainult harva maksa-kude, põhjustades siis kollatõbe ja maksa akuutset kollast atroofiat. Viimase ennustus on halb. Kollatõve sõltuvust arsenobensoolist pole siiski veel tõestatud. Paljude arvates on maksa ägeda kollase atroofia põhjuseks mitte arseno-

bensool, vaid süüfilis ise, kui seda on puudulikult ravitud just arsenobensooliga. Kollatõve tekkimine nõuab ravi jätkamiseks äärmist ettevaatust ja otsusele jõudmist, kas see maksa vigastus on spetsiifilise või ebaspetsiifilise iseloomuga. Esimesel juhul on ettevaatlik arsenobensooli edasitarvitamine lubatud, teisel juhul absoluutselt keelatud. Igal juhul on parem ravi jätkata ainult mõne elavhõbeda lahustuva preparaadi süstimistega. Kollatõbe nimetatakse *varajaseks*, kui ta tekib varsti peale arsenobensooli süstimist, ja *hiliseks*, kui ta tekib 2—4 kuud hiljem. Kollatõve tekkimist soodustab alatoitumus ja tema põhjuseks on koldereaktsioonid spirohheetidest tõvestatud maksas. Ka seda võib seletada Jarisch-Herxheimer'i reaktsiooniga. Üldiselt näeb maksa vigastusi arsenobensoolist harva.

Kesknärvisüsteemis esinevad kõrvalnähud on nn. *neuroretsidiiivid*, peaaju närvide, eriti näonärvi, kuulmisnärvi (*n. acusticus*) ja silmaliigutaja-närvi (*n. oculomotorius*) vigastused. Kuulmisnärvi vigastuse puhul on kõrvades alatine kohin ja kuulmine võib nõrgeneda kuni täieliku kurtuseni. Näonärvi ja silmaliigutaja-närvi vigastus avaldub nende halvatuses. Need nähud ilmnevad harilikult 5—8 nädalat peale arsenobensooliga ravimise lõppemist ja on eelkäiva ravi puudulikkuse väljenduseks (eriti kui on tarvitatud liiga väikesi arsenobensooli üldannuseid või ravitud ainult arsenobensooliga). Neuroretsidiiivide tekkimise eel on haigel tugevad peavalud. Nad nõuavad süüfilisevastase ravi energilist jätkamist, eriti joodi ja arsenobensooliga. Liiga väikesed arsenobensooli annused toovad enam kahju kui kasu, toimides spirohheetidele ärritavalt ja nende sigimisele ergutavalt. Väga harva tekib esimese 2—3 arsenobensooli-süste järel kas kohe või 3—5 päeva pärast äge *peaajukoerose* (*encephalitis haemorrhagica*) ühes väikeste pesaliste verevalumitega, mis enamasti lõpeb haige surmaga 1—6 päeva vältel. Väga ägeda ja pideva peavalu saatel, mis ei lase haigel sugugi magada, tõuseb palavik 40—41° C, millega varsti seltsivad oksendamine, pulsi nõrgenemine, suur rahunus, silmaavade laienemine, teadvuse tumenemine, allakusemine ja -roojamine, langetõvetaolised krampid ja südamenõrkus. Ettevõetud aadrilaskmine, lumbaalpunktsioon, adrenaliini ja viinamarjasuhkru süstimised suudavad ainult harukordadel kurba lõppu ära hoida. Äge ajuturse tekib nähtavasti neil inimesil, kel on *status thymolymphticus*, mis näib põhjustavat mürgistust arsenobensoolist, kui seda tarvitatakse suurtes annustes ja

liiga lühikeste vaheaegade järel. Mürgistuse põhjuseks võib olla ka ülitundlikkus arsenobensooli suhtes. Seepärast tuleb iga ravingu alustada 2—3 vismuti- või elavhõbeda-süstega ja neile järgnev esimene arsenobensooli annus olgu ikka väike (0,15—0,3 g), eriti hilisemal süüfilisjuhtudel (siis isegi 0,05—0,075). Kui haigel arsenobensooli süste järel tekib tugev, pikaldane, visa peavalu ja seda ka teise süste järel, peab arsenobensooli tarvitamisest loobuma, samuti ka mitmese närvipõletiku (polüneuriidi) esinemisel. Seda juhtub aga väga harva.

Lööbed nahal ehk eksanteemid on üldiselt kergema iseloomuga kui need, mis tekivad elavhõbeda toimel, ja kaovad ka kiiremini. Kergemad eksanteemid on need, mis tekivad varsti, 1—3 arsenobensooli-süste järel, enamasti 8.—10. päeval peale esimest süstet. Nahale tekib kas nõgeslööve või leetrite-, sarlakite- või erüteemitaoline lööve (salvarsaan-dermatiit ehk erüthrodermia), mida sageli saadab samaaegne angiin. Kergemad juhud mööduvad kiiresti ja enamasti palavikuta naha sügelemise saatel. Keskmise raskusega juhtudel on pidev palavik, kõhulahtisus, mõõdukas peavalu, nõrkus ja roidumus. Kõik need nähud kaovad tugeva nahakestenduse saatel 2—3 nädala vältel. Kuid paikne dermatiit võib muutuda ka üldiseks, universaalseks, mispuhul kogu kehapind kattub kõrge palaviku saatel leetrite- või sarlakitetaolise lööbega. Haige enesetunne on siis väga halb ja nahk sügeleb tugevasti. Mõne päeva pärast tursuvad nägu ja jäsemed, teisel nädalal hakkab nahk leemendama. Juurdetulev furunkuloos ja üksikute kohtade haudumine halvendavad olukorda, võides põhjustada isegi sepsist, mida nüüdsel ajal juhtub siiski väga harva. Haigus taandub naha tugeva kestenduse saatel, misjuures peopesadelt ja labajalgadelt koorub sageli maha kogu marrasknahk, nii et paljastub leemendav, verine pärisnaha pind. Universaalne dermatiit esineb eriti naistel (20.—40. eluaastais) ja tema tekkimist soodustab arsenobensooli süstimine samal päeval vismuti või elavhõbedaga, kuid ta võib tekkida ka ilma selleta ja igal ajal — nii ravi kestel kui ka varsti pärast ravingu lõpetamist. Dermatiidi tekkepõhjuseks on naha ülitundlikkus, tema allergiline seisund arsenobensooli suhtes. Säärasel dermatiidil on siiski ka hea omadus, sest ta soodustab sageli süüfilise paranemist ja positiivse WaR-i negatiivseks muutumist. Aga kellel dermatiit kord on olnud, sel tekib ta peaaegu alati ka edasisel arsenobensooli tarvitamisel, mida peab alati arvestama. Dermatiidi tekitamine ongi arsenobensooli sagedam kõrvaltoime.

Salvarsaan-eksanteemi vältimiseks peab iga salvarsaanisüste eel jälgima naha seisundit, et selle tugevama sügelemise või lööbe puhul arsenobensooli tarvitamisest ajutiseks loobuda.

Kõik arsenobensooli eeltoodud kõrvaltoimed esinevad üldiselt harva ja peamiselt neil, kes ei talu seda ravimit. Mõned nähud sõltuvad arsenobensooliga liialdamisest. Aga ülitundlikkus arsenobensooli vastu ei sõltu tema organismisse viidud hulgast, vaid see esineb ka minimaalse annuse tarvitamisel. Ülitundlikkuse põhjuseks võib saada ka arsenobensooli korduv süstimine paravenoosselt. Mürgistust põhjustab mitte arseen kui niisugune, vaid üks tema hapendumisproduktidest. Suurt osa näib süüfilisevastaste ravimite talutavusel etendavat kilpnääre, sest tema puudulikkuse ning salvarsaan-dermatiidi tekkimise vahel on kindel seos. Ülitundlikkust arsenobensooli suhtes saab vähendada mitmel viisil, mõnikord ka sellega, et muudetakse tema tarvitamise viisi (verre süstimine asendada lihastesse süstimisega) või kasutatakse ühe preparaadi asemel teist (*Silbersalvarsan*, *Natriumsalvarsan*), eriti kui arsenobensooli lahustada kaltsiumipreparaadis.

Salvarsaan-dermatiidi raviks on parimaid vahendeid C-vitamiini süstimine verre (*Cantan*, *Cebion* jt.), mis mõjub palju kiiremini ja kindlamini kui varem seks otstarbeks tarvitatud kaltsiumi, naatriumtiosulfaadi jne. süstimid. Peale selle on kasulikud veel sagedased higistamised, väliselt tarvitatavad emulsioonid ja kloorkaltsiumi ning kaltsiumglukonaadi tarvitamine suu kaudu. Toit olgu kergesti seeditav, vitamiini-, rasva- ja valgurikas, kuid soola- ning süsivesikuvaene.

Arsenobensooli-preparaatide tarvitamine on keelatud ehk vastunäidustatud (kontraindikatsioonid), kui haigel on: 1) rasked, mittekompenseeritud südamevead (müokardiit, endokardiit, *cor debile*, tugev südamelihaste rasvumine ja raske südameuroos); 2) tugev veresoonte lupjumine (arterioskleroos), eriti kahtlus koronaarskleroosi suhtes. Pürgarteride haigestumise korral võib arsenobensooli süstimine arteeri topistusest Herxheimer'i reaktsiooni tagajärjel haigele otsekohest surma tuua; 3) mittesüfiliitiline mao- ja kaksteistsõrmiku-haavand; 4) raske kavernide ja verejooksudega kopsutiisikus; 5) mittesüfiliitilised raskemad mao-soolte, maksa- ja neeruhaigused; 6) verevalumiline (hemorraagiline) diatees; 7) mittesüfiliitilised rasked kesknärvisüsteemi haigestumised; 8) raske mittesüfiliitiline diabeet, podagra ja Addisoni tõbi; 9) laial-

dased ägedad põletikulised nahahaigused; 10) seedeelundite kasvadjad (tekivad kergesti rasked verevalumid); 11) raskekujuline Basedow' tõbi; 12) ägedad palavikuga nakkushaigused (eriti gripp, angiin), välja arvatud need, mida ravitakse arsenobensoolidega. Peale ägedaid nakkushaigusi võib arsenobensooli tarvitada ainult siis, kui kõik haigusnähud on möödunud ja üldtervise seisund on rahuldav.

Teiste teadlaste arvates arsenobensoolide tarvitamiseks absoluutselt vastunäidustusi ei ole, küll aga peab kõigi eeltoodud haigestumiste puhul olema arsenobensooliga äärmiselt ettevaatlik ja teda algul tarvitama üsna väikestes annustes (0,05 g) ja sedagi vaid peale eelkäivat 5—6 vismuti või elavhõbeda süstimist (tarbe korral ka eelnevat joodravi). Väga ettevaatlikku arsenobensooli-preparaatide tarvitamist nõuavad ka suhtelised vastunäidustused: aordi haigestumine, tugev rasvtõbi, südamepekslemine (tahhükardia), tundlik neurasteenia, *status thymo-lymphaticus*, mittesüfiliitilised silma- ja kuulmisnärvide haigused, mittesüfiliitiline (ebaspetsiifiline) langetõbi, krooniline alkohol-, nikotiin-, kokaiin- ja tinamürgistus, ülitundlikkus arsenobensooli vastu, raugeaiga, tugev kehveresus (aneemia), suur kurtumus, kroonilised seedehäired, kõrge vererõhk, südame- ja soontehaigused, maksa ja neerude mittesüfiliitilised vigastused, ravi vältel tugev kõhnumine, endokriinse-vegetatiivse süsteemi häired. Ka tugevate hingeliste vapustuste järel ei tohi arsenobensooli süstida.

Arsenobensooli aineainena tarvitatakse süüfilise raviks ka mitmesuguseid viieväärseid arseenipreparaate, nagu *Spirocid*, *Stovarsol*, *Edoiacol*, *Osarsol* jt., mis kujutavad enestest oksüatsetüül-amiino-fenüül-arsiin-hapet. See on salvarsaaniga keemiliselt lähedalt sugulane, valge, lõhnata, umbes 27% arseeni sisaldav pulber, mille tõid süüfilise ravisse prantslased 1921. aastal. Neid tarvitatakse suu kaudu sissevõtmiseks, peamiselt imikute ja väikelaste kaasasündinud süüfilise raviks, kuid ka täiskasvanuile, kes ei talu arsenobensoolide süstimist või kes elavad arstist väga kaugel (lähemalt vt. „Kaasasündinud süüfilise ravi“, lk. 209). *Spirocid*'i tüüpi preparaate võib tarvitada ka süfiliitiliste aneurüsmide, raskemate südame-, aordi- ning maksavigastuste, samuti teiste siseelundite süüfilise puhul ja ka kindlustuskuurideks spetsiifilise ravi lõpul ning raukadele üle 70 aasta. Mõned tarvitavad neid ka profülaktilisel otstarbel, millel aga pole mõtet. Neid preparaate võib kasutada ainult arsti otsese kontrolli all, sest nad võivad põhjustada mürgiseid kõrvalnähte. Nende annused sõltuvad haige

elueast, kehakaalust, üldtervise seisundist ning ravimi talutavusest ja peavad olema väga täpsed. Kõige paremini taluvad neid imikud ja väikelapsed.

Kunagi aga ei suuda seda liiki preparaadid täiel määral asendada arsenobensoole, mispärast neid tuleb tarvitada ainult siis, kui arsenobensooli süstimine on teatud haigusnähtude või teiste põhjuste pärast tõeliselt teostatamatu. Ka süüfilishaigete imikute ja laste raviks tuleb ikkagi eelistada kombineeritud ravi arsenobensooli, vismuti või elavhõbeda süstimiste kujul, kui nende tarvitamine on vähegi teostatav. Eriti ebaotstarbekas oleks *Spirocid*'i tüüpi preparaate tarvitada varase ja positiivse WaR-ga süüfilise raviks, kuigi nad kaotavad väliseid haigusnähte peaaegu niisama kiiresti kui arsenobensoolid. Nende üldtoime ja toime seroreaktsioonidele on aga palju nõrgem ja lühiajalisem kui arsenobensoolidel. Hästi mõjuvad nad kõri ja kurgu gummadele, kus nende üldtoime ühineb paikse toimega ja kus joodravi on ohtlik.

On olemas ka nahaalusi ja veenisisesi süstitavaid oksüatsetüülamiino-fenüül-arsiini-preparaate (*Acetylarsan*, *Solvarsin* jt.), millede ravitoime on samane kui *Spirocid*'i tüüpi preparaatidel. Seega on nad üleliigsed.

Ei tohi tarvitada *Spirocid*'i-preparaate üheaegselt teiste arseenravimitega ega ka suhkurtõve, laialdaste nahahaiguste, mao-soolte ägedate põletikkude ning haavandite, mittesüfiliitiliste maksa ning neerude vigastuste, ägedate palavikhaiguste ja hemorraagilise diateesi puhul.

Müügil on *Spirocid*, *Stovarsol*, *Osarsol* jt. tablettide kujul à 0,25 g ja à 0,01 g.

Jood.

Puhta joodi võttis süüfilise ravimiseks tarvitusele Lugol 1826. a., saades sellega häid ravitulemusi. Kuid kaasaskäiva limanahkade ärrituse tõttu ei leidnud puhas jood laialdasemat tarvitamist. Täna-seni süüfilise raviks kasutatava joodkaaliumi võttis esimesena tarvitusele Wallace 1836. a.

Süüfilise ravimist joodiga toimetatakse peamiselt kolmanda järgu nähtude ja mõne siseelundi, närvisüsteemi, luustiku ja vere-soonte hilishaigestumise puhul. Joodi toime naha, limanaha ja maksa gummadele on sageli otse üllatav oma kiiruselt ja tugevuselt. Hilis-

süüfilise ravi peabki alati alustama joodiga, välja arvatud üksikud erandjuhud. Mõnikord saadakse joodiga ravitulemusi ka seal, kus teised arstimid üles ütlevad (liigeste süüfilis jt.). Igal III järgu süüfilisega haigel on väga soovitatav igal aastal tarvitada 1—2 perioodil 4 nädala vältel mõnd joodipreparaati, et ära hoida süüfilise retsiidiivseid nähte siseelundeis.

Joodi tarvitamist süüfilise teises järgus põhjustavad tugevad pea-, luu-, luuümbrise-, liigeste- ning närvivalud, palavik ja neuroretsiidiivid, mis nähud kaovad tema toimel varsti.

Joodipreparaatidel puudub kahkjaid spirohheete otseselt tappev toime. Piltlikult öeldes, nad vaid avastavad spirohheete organismi kolletest ja teevad nad kättesaadavaks teistele süüfilisevastastele vahenditele. Seepärast tarvitatakse joodi kõrvuti vismuti või elavhõbeda ja arsenobensooli süstetega, enne neid või ka ravigute vaheaegadel, mõne nädala vältel enne sellele järgnevat spetsiifilist ravigut. Joodi peamine toime seisab süfiliitilise koepaistetuse (infiltraadi) imendumise ergutamises ja kiirendamises.

Joodipreparaate on palju. Tugevaima toimega ja kõige sagedamini tarvitatavad on joodkaalium, mis sisaldab 76,5% joodi, ja joodnaatrium (84,6% joodi), millede mõlemate 3-, 5- kuni 6,6%-list vesilahust võetakse sisse 3—8 korda päevas 1 supilusikatäis (3—8 g päevas) pärast sööki koos $\frac{1}{2}$ klaasi piimaga või mõne leelise veega või neid peale juues. Säärane joodi tarvitamine peab vältama 3—4—6 nädalat, sest nõrgad üldannused ei avalda tarvilikku ravitoimet. Üldannus peab olema 50—60 g joodisoola üheks ravinguks. Tarbe korral tarvitatakse joodisoolasid ka 2—3 kuu vältel, eriti hilissüüfilise juhtudel. Mõne organism talub väga hästi joodi ülisuuri annuseid, kuni 50 g päevas. Aga kui aitavad väikesed annused (3 g päevas), pole tarvidust suurte annuste järele. Mõnikord aga annavad soovitud tulemusi ainult suured annused.

Et haige paremini taluks eelmainitud anorgaanilise joodi soolaid ja et ka tundma õppida haige tundlikkust joodi vastu, on soovitatav joodilahuste tarvitamist alustada väiksemate annustega, juues näiteks 2—3 päeva vältel ühe supilusikatäie asemel vaid teelusikatäie 2—3 korda päevas. Nii harjuvad haiged joodiga ja selle kõrvaltoimed esinevad palju nõrgemalt, kadudes edasisel tarvitamisel enamasti hoopiski. Kui haige siiski ei talu joodkaaliumi või joodnaatriumi, tuleb neid asendada orgaanilise joodi preparaatidega, millede joodisisaldus on palju väiksem ja kõrvaltoimed hulga nõr-

gemad. Neid on palju nii sissevõetavate tablettide kui ka lihastesse ning verre süstitavate lahuste kujul. Joodi vastu tundlikumate haigete puhul võibki ravi orgaaniliste preparaatidega alustada, et hiljem üle minna joodkaaliumi või -naatriumi tarvitamisele. Tarvitatakse ka värskest valmistatud 10%-list jooditinktuuri 2—3 korda päevas pärast sööki 5—50 tilka korraga piimaga sisse võttes, alates 5 tilgast ja järk-järgult tõstes iga päev tilkade arvu. Kõhulahtisuse puhul tarvitamine lõpetada. Nii jooditinktuuri kui ka joodisoolade annuseid võib lõpu poole järk-järguliselt vähendada kuni ärajätmiseeni.

Orgaanilise joodi preparaatidest on tuntumad *Alival*, *Dijodyl*, *Endojodin*, *Sajodin*, *Jodipin*, *Jodival*, *Jodol*, *Neo-Riodine* ja *Riodine-Cognet*. Tablette võetakse sisse 1—2 tükki korraga 3—4 korda päevas pärast sööki. Nad on kallid ja nende ravitoime nõrgem kui joodisooladel. Süstimiseks on parimaid preparaate *Endojodin*, millel on väga hea ja kiire toime eriti süfiliitilistele siseelundite vigastustele ja halvatusetele. Nahasse hõõrutavate joodipreparaatide ravitoime on tähtsusetu.

Organismi viidud jood imendub ja eritub kiiresti. Peale suu kaudu sissevõtmist leidub joodi kuses ning süljes juba 5—15 minuti pärast, verre süstides kuses juba 4—8 minuti pärast. Orgaanilise joodi tabletid imenduvad ja erituvad aeglasemalt. Joodkaalium ja -naatrium lahkuvad organismist täielikult 1—5 päevaga, 80% neerule kaudu. Joodi toime seroreaktsioonidele on väga nõrk.

Joodipreparaatide, eriti joodkaaliumi ja -naatriumi tarvitamisel tekib paljudel haigetel juba esimesil päevil limanahkade äge põletikuline ärritus, mis avaldub esmajoones nohuga, rõhumistundega peas, sülje- ja pisaratevooluga (konjunktiviit), millega sageli seltsivad peavalu, kuulmise vähenemine, vistrikud näol ning kerel (*j o d a k n e*), harvemini ka silmalaugude, keele ning näo turse, vastik metallimaitse suus, halb enesetunne, mõõdukas palavik. Kõiki neid kõrvalnähte nimetatakse *j o d i s m i k s* ja nad sõltuvad suuremast või väiksemast ülitundlikkusest joodi suhtes või tema mittetalutavusest. Joodi talutavus on väga individuaalne — mõnedel põhjustavad juba väiksemadki joodihulgad raskeid jodismi nähte, teistel aga ülisuuredki annused (10—50 g päevas) mitte. Enamasti kaovad eeltoodud kõrvalnähud iseenesest mõne päevaga, haige harjub joodiga ja seepärast ei takista need nähud joodi edasist tarvitamist. Kui aga haigel tekivad raskemad sedehyäired, kõrge palavik, nõgeslööve, väikesed verevalumid nahas (*purpura*), äge

neelu või kopsutorude limanaha põletik, erandjuhtudel ka kurgu või kopsu turse, siis nõuab see joodist otsekohest loobumist. Kuid seda juhtub väga harva, seda enam, et süüfilishaiged taluvad joodi üldiselt palju paremini ja palju suuremal hulgal kui teised haiged.

Jodismi nähte vähendab kiiresti 10%-lise kloorkaltsiumi (*calcium chloratum*) ja adrenaliini sisene tarvitamine. Joodnohu vastu tarvitatakse belladonna-ekstrakti (0,05 pro dosi), kõhulahtisuse vastu oopiumitinktuuri.

Joodipreparaatide pikaajalisel vahetpidamatul tarvitamisel võivad esineda ka kroonilise mürgistuse nähud, nagu täielik isukaotus, kõhulahtisus, tugev kõhnumine, unetus, nõrkus, suur närvilisus, näärmete paistetud.

Joodi tarvitamise ärajätmisel kaovad jodismi nähud lühikese ajaga. Joodi edasitarvitamisel vähendab neid nähte tunduvalt soodavee joomine (1 noaotsatäis söögisoodat $\frac{1}{2}$ klaasi veega, seda joodile peale juues). Mao-soolte häireid hoiab ära joodi sissevõtmine kapslites, mis sulavad sooltes. Väga ettevaatlik peab joodi sisese tarvitamisega olema kilpnäärme suurenemise (*hyperthyroidismus*) ja kurgu ning kõri laialdaste gummade korral (turse ja stenoosi oht).

Keelatud on joodi kasutamine lahtise kopsutiisikuse, raske neerupõletiku, sisemiste verejooksude ja nõgeslööbe puhul ning joodi suhtes ülitundlikkuse korral, samuti ka siis, kui samaaegselt tarvitatakse elavhõbedat limanahkadele — silmas, suguelunditel, põies, granuleeruvaile haavandeile, sest siis tekib neis kohtades tugevasti sööbiv elavhõbe-jodiid.

2. Ebaspetsiifilised ravivahendid.

Ebaspetsiifilised süüfilisevastased ravimid on näidustatud toetuseks harilikule spetsiifilisele ravile, kui see üksi ei suuda kaotada haigusnähte või muuta positiivset WaR-i negatiivseks. Peamiselt kasutatakse ebaspetsiifilist ravi süüfilise hilisjärgkudes ja kesknärvisüsteemi hilisnähtude puhul. Viimasel ajal soovivad mõned ebaspetsiifilisi ravivahendeid, eriti kulda ja malaariat, tarvitada ka varase süüfilise abortiivraviks, kuid see osutub üldiselt üleliigseks ja võib arvesse tulla ainult teatud erijuhtudel.

Ebaspetsiifiliseks raviks tarvitatakse palavikku tõstvate vahendite ja valgu- ehk proteiinipreparaatide (piim jne.) ning kulla süsti-

misi, samuti ka haigele malaaria külgepookimist, mis viimane on kõige tugevamini toimiv ebaspetsiifiline ravivahend. Kõigi nende vahendite peamine toime on organismi kaitsejõudude ergutamine ning tugevdamine ühes immuunkehade väljatöötamisega ja hematotsefaliitilise barjääri läbilaskvaks muutmine spetsiifiliste ravimite sissepääsemiseks kesknärvisüsteemi.

Palavikku tekitavad ravimid.

Palaviku tõstmiseks süstitakse haigele spetsiifilise ravi vältel mitmesuguseid vaktsiine (gono-, stafülo-, strepto-, pehme šankri, tüüfuse jne. vaktsiinid), tuberkuliini, *Pyriifer'i*, *Saprovitan'i* (elavkultuurid), väavli- ja kullalahuseid, steriilset piima ja samal otstarbel poogitakse tarbe korral külge malaaria. Kõigi nende vahendite tarvitamist tuleb igal juhul kombineerida spetsiifilise raviga, sest nende ravitoime üksi on nõrk ning lühiajaline.

Väavli süsted annavad hilissüüfilise puhul kliiniliselt ja seroloogiliselt mõnikord vägagi rahuldavaid tulemusi, eriti taabilise nägemisnärv-atroofia korral. Doosima peab individuaalselt, kusjuures temperatuuri tõus üle 39,5° C pole soovitatav. Süsteid võib teha vaheldumisi vismuti süstetega, tavaliselt üks väavli süste nädalas, ja ka korraga, nii et mõlemad vahendid on ühes süstlas.

Kuld.

Kuld on näidustatud peamiselt siseelundite ja seropositiivse süüfilise raviks, kui haigele on arsenobensoolide süsted talumatud või keelatud või need ühes vismuti või elavhõbedaga pole aastate vältel suutnud kaotada haigusnähte või positiivseid seroreaktsioone. Kulda võib arsenobensooli mittetalumise korral tarvitada ka süüfilise teises järgus, kõrvuti samaaegsete vismuti või elavhõbede süstetega. Arsenobensooli ei suuda kuld oma toimelt siiski täiel määral asendada, kuigi tema toime seroreaktsioonidele ja siseelundite ning närvisüsteemi süüfilisele on hea. Eelistatud kullapreparaatideks on lihastesse süstitavad (*Solganal B. oleosum* jt.). Neerusid ärritavad õlised preparaadid harva. Kulla süstetest sõltuvate mürgistustähtsuste (kullaeksanteem ehk erütrodermia) raviks on parimaid vahendeid 1%-lise askorbiinhappe (C-vitamiini) lahuse süstimine verre (*Cantan*, *Cebion*), mis avaldab üllatavalt head toimet ja kõrvaldab eksanteemi kiiresti.

Malaaria.

Malaaria pookimist haigele tarvitatakse peamiselt progressiivse halvatus ravimisel, kuid ka juhtudel, kus seroreaktsioonid ühegi teise vahendi toimet ei muutu negatiivseks. Kuid positiivne liikvorileid süüfilise varases järgus ei põhjusta veel malaariaravi ettevõtmist, sest see võib kaduda harilikku spetsiifilise ravi toimet. Ka ei nõua südame ja soonestiku ning peaaju süüfilis (*lues cerebri*) malaariaravi, mis on siis teatud juhtudel isegi keelatud. Taabesehaigetele toimetatakse malaariaravi ainult visalt püsivate kriiside korral, muil juhtudel nende organismi nõrga vastupanuvõime tõttu aga mitte (neile on head väävlü süsted).

Positiivse WaR-i veres ja liikvoris muudab malaaria enamikul juhtudest pidevalt negatiivseks, millega hoiab ühtlasi ära kesknärvisüsteemi süüfilise raskemad nähud. Et malaaria immunisatoorne toime möödub 4—5 aasta vältel, siis ei tule tema pookimisega haigele ilma tõsise tarviduseta rutata, eriti süüfilise varastes järkudes, et haiget mitte jätta saatuse hooleks — kui tal hiljemini ilmsiks tuleb kesknärvisüsteemi süüfilis.

Malaariaravi toimetatakse ainult kliinikus arsti alalise kontrolli all. Palavikuhooge teostatakse haigele 8—10—12. Täieliku toime saamiseks peab malaariaravi kombineerima arsenobensooli tarvitamisega. Malaariaravi teostamist raskendab asjaolu, et haige tuleb paigutada haiglasse, mida mõned haiged ei soovi. Vastunäidustusi malaariaraviks on üldiselt vähe, põhimõtteliselt pole selleks ka diabeet. Küll keelab malaaria pookimist: 1) ülitundlikkus kiniini vastu; 2) mittekompenseeritud südamevead; 3) kurtumus (kahheksia); 4) raugaiga (üle 60 aasta). Kui malaariaravi pole teostatav, tarvitatakse tavalisi palavikku tõstvaid vahendeid (kui haige tervislik seisund seda lubab), seda enam, et malaaria toime pole spetsiifiline. Tänu palavikku tõstvaile vahendeile polegi praegu malaariaravi enam nii sunduslik kui varem. Palavikuvahendite paremuseks on see, et nad on soovikohaselt doositavad, igal hetkel kupeeritavad ega tekita raskusi võimalikkudel immuunsusjuhtudel. Nende terapeutiline efekt on rahuldav ja sageli võrdne malaaria omaga.

Kümbused.

Ebaspetsiifilise ravi mõiste alla kuuluvad ka mitmekesised kümbused (eriti väävelkümbused) kuurordis ja kodus, õhu-

ja päikesevannid, kõrguspäike, kliimaraavi, Zittmann'i dekokti joomine jne., mis tõstavad ainevahetust ja organismi vastupanuvõimet. Väävlivannid on näidustatud: 1) vismuti ja elavhõbeda refraktaarseil juhtudel, 2) soonte vigastuste ja 3) pahaloomulise süüfilise puhul. Kunstlikkude väävlivannide toime on palju nõrgem vastavate kuurortide vannide omast.

XIII. Süüfilise ravi.

1. Ravimise põhialused.

1) Süüfilise ravi lõppeesmärgiks peab tänapäeval olema haige täielik tervistamine, mitte ainult haigusnähtude kõrvaldamine, nagu see oli nn. sümptomaatilise ravimise ajastul. Sümptomaatiline ravi võib nüüd aset leida vaid raugaeas, muidu aga peab ravi alati olema aktiivne, tervistumist taotlev ja seda igas süüfilise järgus.

Tervistumise eesmärki peavad taotlema nii arstid kui ka haiged, et vältida süüfilise raskeid tagajärgi ja nendest tingitud suurt koormust haigele enesele, tema perekonnale, ühiskonnale ning riigile.

Tervistumist saavutada on seda kergem, mida varemini ja põhjalikumalt ning otstarbekamalt ravimist teostatakse.

Süüfilise hilisjärgus on tervistumine raskemini saavutatav, mõnedel juhtudel isegi võimatu, sest spirohheetidest, teistest põetud haigustest, kroonilistest mürgistustest (eriti alkoholi ning nikotiiniga) jne. põhjusatud haiguslikud muutused organismis ja keha vastupanuvõime nõrgenemine ei võimalda siis alati enam energilise ravi teostamist.

2) Ravi alustatakse ainult siis, kui süüfilis on kindlaks tehtud. Nüüdse aja uurimismeetodid võimaldavad seda üsna varakult, juba enne manifestsete nähtude ilmumist, mis asjaolul on suurim tähtsus (vt. pkt. „Süüfilise diagnoosimine“). Ilma kindla diagnoosita ravi ettevõtmisel jääb haige sageli oma haiguses kahtlema, mis põhjustab enamikul säärastest juhtudest ravi enneaegse katkestamise või selle ebaküllaldase teostamise. Erandit teha, s. t. ka ilma kindla diagnoosita ravimist toimetada võib vaid süüfilise tunnusteta lastele, kellede emad pole oma süüfilist ravinud või on seda teinud puudulikult, ja ka teatud juhtudel abortiivravi ettevõtmiseks, kui süüfilisse nakatumine on väga tõenäoline.

3) Süüfilise kindlakstegemisel ei tohi piirduda ainult süüfilisnähtude (esmashaavand jne.) paikse raviga, millel on täiesti kõrvaline tähtsus, vaid tuleb viivitamatult alustada üldravi, s. t. haigestunud isiku kogu organismi ravimist. Seda tuleb teha ka nakatuse alguses, kuigi kahkjad spirohheedid pole veel jõudnud tungida lähematesse mahlanäärmetesse ja sealt verre, seda enam, et tänapäeval loetakse süüfilist üldhaiguseks juba mõne tunni, hiljemalt mõne päeva järel pärast nakatumist (vähemalt teatud juhtudel). Igale süüfilisilise esmashaavandiga isikule [ka negatiivse vereproovi (WaR) korral] peab algusest peale vaatama kui haigele, kelle kogu organismi on vallutanud nakkus, ja esmashaavandit ennast ei tohi võtta kui ainult paikset ehk piiratud ulatusega haigusprotsessi. Parimaid tagajärgi annabki üldravi just esmashaavandi algpäevil, mil süüfilishaiget võib võrdlemisi kiiresti, mõne kuuga terveks ravida — nn. abortiivravi abil (vt. allpool). Küllaldasel määral ja õigeaegselt teostatud abortiivravi annab kuni 100% täielist tervistumist.

4) Süüfilise üldravi peab olema mitte ainult spetsiifiline (isepärane), mille sihiks on spirohheetide hävitamine, vaid tarbe korral ka ebaspetsiifiline, mille ülesandeks on peamiselt organismi loomuliku vastupanuvõime suurendamine võitluseks haiguse vastu.

5) Tähtsat osa süüfilishaige ravimisel etendab üldtervishoid, s. t. hoidumine kõigest, mis nõrgestab keha ja vaimu, nagu kurnav töö, ülepingutused, alatoitumus, liigne alkoholi ja nikotiini tarvitamine, ööelu-lõbustused, vilets sotsiaalne ja majanduslik olukord jne., sest tervistumine sõltub mitte ainult ravi intensiivsusest, vaid ka tervishoiulisest eluviisist. Sellest järgnevalt soodustavad süüfilishaige paranemist korralik eluviis, küllaldane puhkus, palju puhast õhku, sport, päike, kliimaraavi, hea, eriti valgu- ja rasvarikas toitumus.

6) Süüfilise üldravi peab olema isikupärane ehk individuaalne, s. t. mitte igal juhul ja igal haigel ühesugune. Ravimisel peab arvestama haige organismi omadusi, tema eluiga, tervislikku üldseisundit, süüfilise kestust enne ravi algust, eelkäivat ravi, ravimite talutavust jne. Kunagi ei tohi süüfilise ravimine halvendada haige tervislikku seisundit. Seepärast peetakse ravimise ajal silmas neerude (kuse) olukorda, kehakaalu ja ravimitest põhjustatud reaktsioone. Igasugu tervisehäired isu, une ja seedimise suhtes, tekkiv verevaesus, järjekindel kõhnumine jne. nõuavad ravi intensiivsuse vähendamist või arstimite ja nende kasutamise viisi muutmist, sest haiged pole meetodi, vaid meetodid haige jaoks.

Nii on siis üldravi tugevus mitmekesine, sõltuvalt haiguse ja haige vanusest ning haige tervislikust seisundist. Ainult varase ehk värske süüfilise ja haigete hea üldtervise korral võib üldravi olla ka standarditud, s. t. toimuda ühise kava ehk skeemi järgi. Üldiselt peab varase süüfilise puhul üldravi olema võimalikult tugev ehk intensiivne, kuna süüfilise hilisjuhtudel ja nõrga tervisega isikuil võib tugev ravi organismi veel enam kahjustada või põhjustada isegi haige surma. Juba enne salvarsaani leiutamist (1910. aastal) näitas Viini kool, et esimese ravigu tugevusest sõltub süüfilishaige edaspidine saatus. Seepärast on vajalik eriti esimeste ravigute ajal tarvitada maksimaalseid ravimite üksik- ja üldannuseid, arvestades seejuures muidugi haige organismi taluvust.

7) Süüfilishaige peab ravimisel täielikult alistuma arsti korraldustele ega tohi ravi teostada nõnda, kuidas see temale isiklikult parem ja mugavam tundub. Ainult arst määrab ravigute ajad ja vaheajad, vastavalt kasutatavale raviviisile ja haige isikupärasusele. Haige ei tohi oma pead ravivaega muuta, lühendada ega pikendada, ammugi mitte katkesta. Ravimise teelt tuleb õigeaegselt kõrvaldada kõik takistused ja midagi ei tohi jätta tegemata, mis raskendaks või pidurdaks ülesseatud eesmärgi — tervistumise — saavutamist. Sagedane nähtus, et haiged ilmuvad järgmisele ravigule kuid ja isegi aastaid (!) arsti poolt ettemääratud ajast hiljem, peab kaduma, sest sellega rikutakse kogu ravikava ja tervekssaamise lootused. Harilikuks põhjenduseks säärastel juhtudel on, et haiged tundnud endid kogu aja hästi ega ole märganud tervise suhtes midagi halba. Ravimise ülesandeks aga peab piltlikult öeldes olema — anda haigusele pidevalt hoop hoobi järel, et ta vahepeal toibuda ei saaks.

8) Mõne aja möödudes peale salvarsaani leiutamist, eriti peale eelmist maailmasõda, tekkis arvamusi, et arsenobensoolide (salvarsaanipreparaatide) energiline tarvitamine suurendab tunduvalt taabese ja progressiivse paralüüsi juhtude arvu. See arvamus aga osutus hiljem täiesti ekslikuks. Kui ravi alustatakse varase süüfilise seronegatiivsel perioodil (esmashaavandi olemasolul, kui WaR on veel negatiivne), hoiab arsenobensooliga kombineeritud ravi kindlasti ära kesknärvisüsteemi haigestumise hiljem; alustatuna süüfilise seropositiivsel perioodil annab ravi, võrreldes salvarsaani leiutamise eelse ajaga, ainult väikese protsendi (7%) närvisüüfilist, mille hulka on võrdselt arvatud taabes ja progressiivne paralüüs, — sedagi peamiselt puudulikult ravituil. Nüüdsel ajal on täiesti

kindel, et just arsenobensoolid päästavad suure enamiku süüfilishaigeist nende tõvest ja jätvad ter- vistamata ainult väga vähesed.

9) Süüfilisnähtude kadumine ja positiivse WaR-i negatiivseks muutumine ravi toimel (või iseenesest) ei tähenda veel kiiret tervistumist. Salvarsaani leutumise järel arvati lühemat aega, et haige tervistumiseks aitab vaid 1—2 salvarsaanisüstest verre (*therapia sterilisans magna*). See vaade osutus õigeks kanade (nende spirilloosi), aga kahjuks mitte inimeste suhtes. Sellest järgneb, et süüfilisnähtude kadumise ja WaR-i negatiivseks muutumise järel, millest esimene leiab aset juba mõne süste toimel ja teine enamasti esimese ravigu lõpul, pole inimene veel terve, vaid peab end edasi ravima. Ühe ravigu toimel ei hävi veel kõik spirohhoodid, vaid osa neist jääb eluvõimelisena edasi pesitsema organismi varjatud koldeisse, põhjustades varem või hiljem uusi haigusnähte. Seega on ravi jätkamine tingimata tarvilik ka süüfilisnähtude kadumise ja WaR-i negatiivseks muutumise järel.

Üldiselt on süüfilisest tervistumiseks vajalik arstimate hulk mitmekesine; ühtedel juhtudel jätkub võrdlemisi väikesest hulgast, kuna teistel juhtudel jäävad palju suuremad hulgad mõjuta. See on eriti maksev arsenobensoolide (salvarsaanipreparaatide) kohta, millele süüfilisevastane toime sõltub suurel määral organismi kaastööst; kui puudub see kaastöö, kaotab arsenobensool oma mõju.

Asjaolu, et organism võib ise süüfilisest tervistumisele märksa kaasa aidata, oli juba tuttav endise aja süüfiliseuurijatele, kes keha vastupanuvõime tõstmiseks võtsid süüfilise ravimisel abiks ka ebaspetsiifilisi menetlusi, eriti ainevahetust tõstvaid vahendeid, nagu vesiravi, higistamis-, jood- ja väävelkümbelusi, arseeni, rauapreparaate jne.

10) Igal süüfilisjuhul peab raviga püütama WaR-i ja liikvorit negatiivseks muuta (välja arvatud teatud juhud raugaeas). S e r o r e s i s t e n t s e t e l juhtudel peab ravi mõneks ajaks katkestama, kui selle eel on käinud põhjalik ravimine, et organismile anda puhkust ja haiget mitte liialt kurnata. WaR-i negatiivseks muutumise järel on vajalik veelgi teostada 3 nn. „kindlustuskuuri“, et vältida haiguse taaspuhkemist.

11) Põhjaliku ravi lõpetamise järel peab haige tervistumise kindlaksmääramiseks teatud ajaks jääma arsti kontrolli alla (vt. ptk. „Süüfilisest tervistumise kindlaksmääramine“).

2. Ravimeetodid.

Süüfilise raviviise on kaks: 1) pidev (vahetpidamatu, katkestamatu) ehk *kontinueeruv* ja 2) vahelduv (vaheaegadega, katkestatud) ehk *diskontinueeruv*; viimast nimetatakse ka mitmekuuriliseks krooniliseks intermiteeruvaks raviviisiks.

Pidev ravimeetod koosneb nii-ütelda ühest mitmekordselt pikendatud katkestamatust ravingust. See raviviis on tarvitusele võetud alles hiljuti ja kasutamist leidnud peamiselt Ameerikas. Sel on mitmesuguseid modifikatsioone ja tema pooldajate hulk pole esialgselt suur. Kogemused temaga on veel võrdlemisi väikesearvulised, kuid siiski head ja seda just värske ehk varajase süüfilise ravimisel. Pideva raviviisi harrastajad leiavad sel raviviisil olevat rida paremusi ja eriti ameerika kirjanduse võrreldavad andmed näitavad, et pideva ravi toimel muutub positiivne Wassermanni reaktsioon varajase süüfilise korral sagedamini ja kiiremini negatiivseks kui vahelduva raviga; juba negatiivne War muutub uuesti positiivseks (seroloogiline retsidiiv) kaks korda harvemini kui vahelduva raviviisi puhul (11% ja 23%); ka kliinilisi retsidiive (haiguse uusi väljalöömisi) andvat pidev raviviis kolm korda harvemini kui vahelduv (ebakorrapärase või ebaküllaldase raviga võrreldes andvat pidev raviviis isegi üheksa korda harvemini kliinilisi retsidiive). Seroloogiliste tulemuste kontrollimine 2—10 aasta vältel näitab retsidiive: pideva raviviisi järel 7,7%, vahelduva ravi järel 8,5% ja ebaküllaldase või ebakorrapärase ravi järel 13,2%. Liikvor osutus normaalseks: pidevalt ravituist 90,3%-l, vahelduvalt ravituist 82,8%-l ja ebakorrapäraselt ravituist 74,2%-l. Raskete tüsistuste arv esines mõlema raviviisi juures süüfilise võrdselt.

Pideva raviviisi paremuseks loevad tema kasutajad ka seda, et haige viibib alaliselt arsti kontrolli all ja et spirohheetidel puudub võimalus paljunemiseks ravi vaheaegadel. Ära jäävat ka haigete ebakorrapärane uuele ravingule ilmumine ja ühes sellega ka ebaküllaldane ravimine.

E. Brill, kes ravis Rostocki nahakliinikus 5 aasta vältel süüfilishaikeid niihästi pideva kui ka vahelduva raviviisi järgi, leiab samuti, et varajase süüfilise (mille hulka on arvatud haiguse I ja II värske järk ja varajane kaasasündinud süüfilis) ravimisel annab pidev ravimeetod (Spiethoff'i järgi) 98,8% tervistumisi, mitmekuuriline

vahelduv raviviis aga 84,8%. Vanemal, aastaid väldanud haigusjuhtudel aga on tulemused vastupidised: tervistumisi vahelduva raviviisi toimetel 76,5%, pideva raviguga 69%. Eriti tähtis on Brilli arvates pideva raviviisiga arstida süüfilishaigeid lapsi kohe pärast sündimist, mis andvat kuni 100% täielist tervistumist.

Peale Ameerika ja teiste maade uurijate soovitas pidevat ravi-meetodit v a r a j a s e süüfilise arstimiseks ka Rahvasteliidu tervishoiukomitee, ja nimelt andmete põhjal, mis ta oli saanud 5 riigi (Inglis-, Saksa-, Prantsusmaa, Ameerika ja Taani) 93 kliinikult 13 198 süüfilishaige kohta. Selle komitee poolt soovitatud pidev raving kestab katkestamatult 69 nädalat. Ravi algab arsenoben-sooli- (salvarsaani-) preparaate süstete seeriaga, mis jätkub hiljem vaheldumisi vismuti- või elavhõbedasüstete seeriatega, lõppedes ühega neist viimastest. Kunagi ei tarvitata üheaegselt mitut ravi-mit, nagu see aset leiab vahelduva raviviisi puhul, vaid üks arstim järgneb teisele teatud perioodide järel. Tarvitada võib süstete asemel ka elavhõbesalvi (à 4 g) nahasse hõõrumisi 5—6 korda nädalas, misjuures salv peab sisaldama 50% metallilist elavhõbedat. Tarbe korral võetakse sisse ka joodkaaliumi. Vismut kui oma toime poolest mõjuvam on elavhõbedale eelistatud.

Kuigi süüfilise ravi peab üldiselt toimuma isikupäraselt, on varajase ehk värsket süüfilise puhul lubatud ravida ka standarditud meetodi järgi, sest värsket süüfilist põevad enamikus noored, hea üldtervisega inimesed. Säärase pideva ravi standardmeetodi skeem 69 nädala jaoks on Rahvasteliidu tervishoiukomitee poolt koostatud ja soovitatud.

Muidugi sõltub ka pideva ravi vältus seroloogilistest tulemustest ning kliinilistest nähtudest. Verd uuritakse ravi vältel korduvalt ja nende uurimiste tulemuste järgi võib ravi kas lühendada või pikendada. J. Moore'i arvates peab süfiliitilise esmashaavandi puhul, kui WaR on veel negatiivne ja püsib säärasena ka ravi vältel, pidev ravi kestma vähemalt 52 nädalat, algul positiivse WaR-i puhul aga kuni 78 nädalat.

Pideva ravi lõppedes toimub haige tervise kontroll veel ühe aasta vältel, mis ajavahemikus jälgitakse 6—12 korda Wassermanni reaktsiooni veres. Kui WaR püsib kogu kontrollaasta vältel negatiivsesena, siis tehakse aasta lõpul haigele põhjalik üldtervislik ning neuroloogiline järelevaatust, liikvori analüüs ja südame ning aordi läbivalgustamine röntgeniga.

Pideva raviviisi halvaks omaduseks on aga asjaolu, et paljud haiged tüdinevad pikaajalisest vahetpidamatust ravimisest ja katkestavad selle omavoliliselt, millega tekivad ravile vaheajad. Sellega muutub pidev raviviis iseenesest teiseks — vahelduvaks raviviisiks.

Komplitseeritud varajase ja hilissüüfilise ravimiseks ei sobi pidev raviviis juba seepärast, et teda on raske individualiseerida, s. t. teatud isikule kohastada. Isikupärastamine aga on neil juhtudel haiguse mitmekesise kulgemise ja tema väga mitmesuguste nähtude pärast tingimata tarvilik. Ei saa ravi ühesugune olla ka hea- ja pahaloomulise süüfilise või esmashaavandi ja raskete gummoosete nähtude puhul, samuti kui kidural vanemal inimesel ja hea üldtervisega nooruil.

Paljud uurijad ja ka Rahvasteliidu tervishoiukomitee aruandja Martenstein leiavad, et vahelduv raviviis ei anna ka värsket süüfilise puhul sugugi halvemaid ravitulemusi kui pidev ravimeetod. Teised väidavad, et vanemal süüfilisjuhtudel andvat vahelduv raviviis isegi paremaid tagajärgi.

Vahelduv, mitmekuuriline arstimine on nii-öelda harilik, igapäevane ja ammust ajast tarvitatav süüfilise raviviis, mille järgi toimub rõhuva enamiku süüfilishaigete ravimine tänapäevalgi ja seda väga rahuldavate tulemustega, kui teda otstarbekalt kasutatakse. Selle raviviisi isaks tuleb pidada prantslast Fournier'd, kes soovitas seda tarvitusele võtta 1874. aastal, s. o. ajal, mil puudusid veel salvarsaani- ning vismutipreparaadid ja ravimist toimetati elavhõbeda ning joodiga. Salvarsaani leiutamise järel 1910. aastal tekkis nn. pikaldane, kombineeritud, vahelduv, aegajalt katkestatav (krooniline intermiteeruv) raviviis, kus ühe ravigu järel, mille vältel tarvitatakse korraga mitut ravimit, järgneb arsti äranägemise järgi lühem või pikem vaheaeg haige puhkuseks. Vaheajad on tarvilikud ka selleks, et ära hoida ravimite ülekujatud ehk kumulatiivset toimet.

Säärane vahelduv raviviis on väga painduv, ennast mitmeti muuta laskev ja igale süüfilishaigele ning -juhule kergesti isikupäraselt kohastatav, millega ongi seletatav pideva raviviisiga peaaegu võrdne ravitulemus varase süüfilise puhul ja sellest paremadki tulemused süüfilise hilisjuhtudel. Hilissüüfilise puhul, kui on haigestunud ka mõni siseelund, on vahelduv ravi ainus kasutatav ravimeetod. Mittekomplitseeritud süüfilisjuhtudel, kus ravigute vaheajad on

lühikesed (3—5 nädalat), on vahelduv ravi peaaegu pidev raviviis, sest nende lühikeste vaheaegade vältel kestab osaliselt edasi eelmise ravigu ajal organismi viidud arstimate toime, eriti vismuti ja elavhõbeda oma.

3. Üldravi teostamine.

Nagu nähtus eespool, toimetatakse süüfilise üldravimist pideva ja vahelduva raviviisi järgi. Et pidev ravimeetod on leidnud veel vähe kasutajaid ja tema üldpõhimõtted on esitatud eespool, siis käsitleme alljärgnevas pikemalt ja üksikasjalisemalt ainult vahelduva raviviisi teostamist, ja seda vastavalt süüfilise üksikuile järkudele. Meil Eestis tarvitatakse üldiselt vahelduvat raviviisi, ka süüfilise varasel perioodil. Selle vahelduva raviviisi teostamine tema üksikasjus sõltub suurel määral ravi alustamise ajast, vereproovi tulemustest, haigel esinevaist haigusnähtudest ja ravimite talutavusest.

Esmase seronegatiivse süüfilise üldravi.

Haige pöördumisel arsti poole varakult, mõne päeva vältel peale süfiliitilise esmashaavandi ehk kõva paise teket, kui pole veel suurenenud paiksed mahlasooned ega -näärmed ja Wassermanni reaktsioon vereseerumis on veel negatiivne, teostatakse nn. a b o r t i i v r a v i, mis koosneb kahest ravigust. Iga ravigu vältel süstitakse haigele, võimalikult verre, vastavalt tema kehakaalule kogusummas 5—7 grammi arsenobensooli (lastele vastavalt vähem), milleks tehakse 10—12 süstet, üks süste igal 4.—5. päeval. Raving algab arsenobensooli süstega. Tema süstete vaheaegadel süstitakse haigele tuharate lihastesse mõnd vismutipreparaati, kokku 12—16 süstet, nii et arsenobensooli süstete lõppedes saab haige veel mõne süste vismutit. Üks säärane kahe ravimiga kombineeritud raving vältab 7—8 nädalat ja sellele järgneb 3- kuni 5-nädalase puhkeaja järel teine, sama vältuse ja tugevusega raving, kus on soovitatav tarvitada mõnd teist arsenobensooli-preparaati ja vismuti asemel elavhõbedat. Abortiivravi teostamist ainult arsenobensooliga tuleb lugeda ebaküllaldaseks, sest ta annab väiksema protsendi tervistumisi kui vismuti või elavhõbedaga kombineeritud ravimine. Viimane raviviis annab õigeaegselt ettevõetuna ja otstarbekal ning küllaldasel määral toimetatuna kuni 100% tervistumisi. Abortiivraviga

peab aga väga ettevaatlik olema raukade ja rasedate puhul. Abortiivravi ei või toimetada suu kaudu sissevõetavate Spirocid'i, Stovarsol'i või teiste sääraste preparaatidega.

Abortiivravi esimese ravigu vältel tehakse esimesel kolmel nädalal 1—2 korda nädalas, hiljem harvemini, WaR veres, mis reaktsioon peab kogu aja püsima negatiivne. Kui WaR muutub kas või möödaminevalt positiivseks või haigel ilmnevad mõned teised süüfilise lööbed või mahlanäärmete suurenemine, tuleb abortiivravi lugeda ebaõnnestunuks ja haiget edasi ravida nii, nagu seda tehakse varase I ja II järgu seropositiivse süüfilise puhul. Soovitav on esimese ravigu lõpul või teise ravigu algosas uurida ka seljaajuvedelikku (liikvorit), mis võib positiivne olla samaaegse negatiivse WaR-i kõrval veres.

Abortiivravi õnnestub vaid süüfilise alguses, kui nakatumisest pole möödunud üle 3—4, maksimaalselt üle 5 nädala ja kui pole veel suurenenud mahlanäärmed esmashaavandi piirkonnas. See nõuab haiguse varajast äratundmist ja haige kiiret eriarsti poole pöördumist, mille viimasega sageli lubamatult viivitatakse. Kui kliinilised nähud on nii tüüpilised, et ei saa kahelda haavandi süfiliitilises iseloomus, ja ka teised andmed räägivad süüfilise kasuks, võib eriarst abortiivravi alustada ka haavandist kahkjaid spirohheete leidmata, et ära hoida õige aja kaotamist ravi alustamiseks. Spirohheetide mitteleidmises on haiged enamasti ise süüdi, sest et nad enne arsti poole pöördumist oma haavandit sageli mitmel viisil „tohterdavad“. Kohalikest mahlanäärmeist spirohheetide leidmine õnnestub vaid 70% juhtudest.

Abortiivravi teostamise järel jääb haige kaheks aastaks arsti kontrolli alla, millise aja vältel tehakse vereproovi iga 1—2 kuu tagant, lõpuks ka liikvori analüüsi. Viimast on soovitatav toimetada 1 aasta peale ravi lõpetamist ja selle eel peab mõni nädal varem tehtama üks arsenobensooli süste vere provotseerimiseks. Kui kahe aasta vältel pole ilmnenu kliinilist ega seroloogilist retsidiivi, võib haiget pidada süüfilisest tervistunuks.

Abortiivraviga võib süüfilisest tervistuda kõige kiiremini ja kergemini, mispärast iga kahtlase haavandiga haige peab pöörduma arsti poole võimalikult varem ega tohi seda ravida omapead.

Mõned uurijad eitavad üldse abortiivravi, nõudes igal juhul harilikku, mitmekuuriilise pikaldase kombineeritud vahelduva ravi teostamist.

Abortiivravi vältel toimetatakse ka esmashaavandi paikset ravi-
mist (vt. lk. 226).

Esmase seroposiitvise ja varase II järgu süüfilise üldravi.

Ilmub haige arsti juurde abi otsima alles 5—6 nädala möödumisel nakatumisest või veelgi hiljem (mida esineb kahjuks sageli), kui tal mahlanäärmed on suurenenud, vereproov (WaR) positiivne või kehale on tekkinud isegi värske süüfilise üldtunnused (roseoolid, paapulid jne.), siis on lastud mööduda õige aeg abortiivraviks. Leppida säärasel korral vaid kahe ravigu toimetamisega, nagu seda tehakse abortiivraviks, kuigi WaR peaks esimese ravigu vältel või selle järel muutuma negatiivseks, annab ainult harva rahuldavaid tulemusi. Tuleb teostada nn. v a r a n e r a v i, mis koosneb juba vähemalt 4—5 ravigust, või, täpsemalt öeldes, veel v ä h e m a l t kolmest ravigust peale seda, kui WaR negatiivseks muutub. Ravigute vaheajad peavad ka siin olema lühikesed (3—5 nädalat), muidugi kui haige üldtervislik olukord seda lubab. Ravi peab igal juhul olema kombineeritud nii, et ühe ravigu vältel tarvitatakse arsenobensooliga samaaegselt vismuti või elavhõbeda süstimisi, — ka siis, kui polegi ilmnenud süüfilise üldnähte või nad kadusid kiiresti, s. t. ka süüfilise II järgu latentstes perioodis. Otstarbekaks osutub igaks raviguks tarvitada isesuguseid arsenobensooli- ja vismutipreparaate ja mõneks raviguks asendada vismut elavhõbedaga. Raviguks tarvitada ainult arsenobensooli või ainult vismutit või elavhõbedat ei ole otstarbekas ega küllaldane. Säärane menetlus on näidustatud ainult erijuhtudel, kus haigel on ülitundlikkus ühe või teise preparaadi vastu, mõni raskem sisehaigus jne. Ainuüksi arsenobensooli tarvitamine võib varase süüfilise puhul ise juba põhjustada ülitundlikkust selle aine vastu, samuti ka maksa haigestumist ja neuroretsidiive (halvatusi jne.). Mitme preparaadi tarvitamine ühe ravigu ajal saneerib ehk tervistab ka haiglast (patoloogilist) seljaajuvedelikku kõige paremini.

Väga ebaküllaldane ja ebaotstarbekas oleks varaseks süüfilise raviks kasutada suu kaudu sissevõetavaid arsenobensooli aseaineid (*Spirocid*, *Stovarsol* jt.).

Juba rohkem kui 25 aasta eest väitis Bonn'i nahakliinik prof. E. Hoffmann'iga eesotsas, et esimeste ravingute tugevusest sõltub värske süüfilise puhul haige edasine saatus. Samas koostati põhimäärused maksimaalseks kombineeritud salvarsaani-vismuti või salvarsaani-elavhõbeda kuursüsteemiks, mis on omandanud maksimaalse varajase ravi ehk Bonni kuuri nimetuse. Selle põhimõtte on järgmised: 1) peab tarvitama ravimite võimalikult suuri alg- ja üksikannuseid, s. t. ravi alustatakse 0,45 g neosalvarsaani verre süstimisega ja edasi iga kord 0,6—0,75 g, vastavalt haige kehakaalule ja üldtervisele; kaks korda nädalas säärane annus salvarsaani verre ja nende süstete kõrval ka 1,5 ccm *Bismogenol'i* lihasesisesi (tuharatesse); 2) toimetatakse vähemalt 10—12 säärast kaksiksüstet, s. t. kogusummas ehk üldannusena neosalvarsaani naistele 5—6 g ja meestele 7—8 g ravingu kohta; 3) ravingute vaheajad ei tohi ületada 5 nädalat; 4) seronegatiivse süüfilise raviks tehakse kaks, seroposiitvise raviks 3—4 säärast ravingut; 5) liikvori uuritakse igal haigel, kui nakkusest on möödunud 2 aastat.

Bonni kuuri põhimõtteks on seega tarvitada võimalikult suuri ravimite üksikannuseid lühikeste vaheaegadega ja arsenobensooli ning vismutit organismi viia samal päeval, arvestades seejuures muidugi haige taluvust. Mida suuremat arsenobensooli üldannust küllaldase nädalaannuse juures haige talub, seda paremad on ravi tulemused. Vismuti hulgal pole seda tähtsust.

V. Siebert, kes ravis Bonni kuuriga üle tuhande Saksa sõjaväe merimehe ja neid pärast ravi lõppemist jälgis 2—10 aasta vältel, kiidab selle menetluse heaks. Ravi lõpul olid 99,5% ravituist seronegatiivsed, 96,3%-l ei tulnud haiguse retsidiivi. Kahe aasta möödudes ettevõetud seljaajuvedeliku uurimine andis 95,3%-l terve liikvori. Haiglase liikvoriga haigeile abiks võetud malaariaravi muutis veel 60%-l liikvori negatiivseks ja ülejäänuid suurel osal paremaks.

Kahjuks ei talu mitte kõik haiged säärase maksimaalse ravi teostamist ja seda võibki kasutada ainult tugevate, noorte ja muidu kõigiti tervete süüfilishaigete puhul. Ka neil on soovitatav esimest Bonni kuuri toimetada haiglas.

Seega ei kõlba see ravimenetlus mitte iga süfiliitiku ravimiseks ja ammugi mitte hilissüfiliitikuile, vaid see on mõeldav ainult värske ehk varajase süüfilise raviks, kus haigusest pole tõsisemalt puudutatud siseelundid ega närvisüsteem.

Üldiselt toimub süüfilise varane ravi järgmiselt: et vältida ebasoovitavaid kõrvalnähte, algab varane ravi 1—2 vismuti- või elavhõbeda-süstega, millele järgneb järgmisel päeval esimene annus arsenobensooli (0,3 g) ja sellele jällegi vismuti või elavhõbeda süste. Nii korduvad süstet vaheldumisi kuni ravigu lõpuni, lõppedes vismuti või elavhõbeda süstega. Teine arsenobensooli annus oleks juba 0,45 g ja edasised 0,6—0,75, harva ka 0,9 g (kehaliselt väga tugevatele). Peale esimeste arsenobensooli süstete võetakse üksikannuse aluseks tavaliselt üks sentigramm (0,01) haige ühe kilo kehakaalu kohta. Kuid seda alus-hulka ei tohi siiski tarvitada mehhaaniliselt: 40-kg raskusega haigele võib üksikannust suurendada, aga 100-kg kehakaaluga haigele peab seda vähendama. Esimese ravigu ajal peab haige kogusummas (üldannusena) saama arsenobensooli $\frac{1}{10000}$ osa oma kehakaalust, s. t. 7,5 g saab haige, kes kaalub 75 kg, 6,0 g see, kes kaalub 60 kg, jne. Edaspidi arvestatakse nii, et haige peab ravipäeva kohta saama vähemalt 0,1—0,12—0,15 g arsenobensooli, vastavalt kehakaalule ja ravimi talutavusele.

Üks raving vältab 7—8 nädalat. Selle aja vältel saab haige, võimalikult verre (on ka lihastesse süstitavaid arsenobensooli-preparaate), naised 4,5—6,0 g ja mehed 6—8 g arsenobensooli, jagatuna 10—12—15 süste peale (mõned, eriti ameerika arstid, annavad ühe ravigu kohta kuni 12 g arsenobensooli). Süstitakse igal 4.—5. päeval.

Ka v a r a j a s e s ü ü f i l i s e ravimisel peab põhimõtteks olema süstida korraga võimalikult suuremaid arsenobensooli üksikannuseid, et saavutada nende maksimaalset toimet. Kui mõni haige ei talu arsenobensooli suuri üksikannuseid, siis tuleb vähendada süstete arvu ja ühes sellega ka üldannust, aga mitte üksikannust. Ainult neil juhtudel, kus haige juba ravigu alguses ei talu suuremaid annuseid, tuleb neid vähendada, kuid koos sellega peab siis lühendama ka süstete vaheajaga, nii et haige päeva kohta ikkagi saaks 0,1—0,12 g arsenobensooli. Arsenobensooli süstete vahepäevadel saavad haiged lihasesisesi (tuharatesse) kas vismuti või elavhõbeda lahustumatut soola, kogusummas 12—16 süstet. Vismutit süstitakse 2 korda nädalas (à 0,1—0,12 g metallilist soola) ja lahustumatut elavhõbedasoola igal 4.—5. päeval à 1 ccm (10—12%-line suspensioon õlis). Süstitakse ka vees lahustuvaid elavhõbedasoolasid (1%), kas iga päev 1 ccm (kokku 40—50 süstet) või ülepäeviti 2 ccm (kokku 20—25 süstet), kuid nende toime kestus on lühiaja-

line, kuigi kiire. Tarbe korral võib lahustatud elavhõbedasoola süstida ka verre.

Ainult erijuhtudel tarvitatakse ka halli elavhõbesalvi hõõrumisi nahasse, kogusummas ühe ravigu kohta 40—42 hõõrumist, iga kord à 3—4 g salvi ja 5—6 hõõrumist nädalas (lähemalt vt. ptk. „Süüfilisevastased ravimid“, lk. 150).

Lastele tarvitatakse kõiki eelmainitud arstimeid muidugi väiksemates annustes, vastavalt nende eluaastaile ja kehakaalule.

Ravi vältel peab jälgima neerude (kuse) olukorda, kehakaalu, ravimite põhjustatud reaktsioone nahal ja limanahkadel ning haigel tekkivaid peavalusid ja seedehäireid.

Kui haige tervislik seisund seda lubab, on kõikide edasiste ravigute vaheajad 3—5 nädalat. Ravingud peavad üksteisele järgnema reeglipäraselt ja vaheaegu nende vahel ei tohi asjatult pikendada, sest ainult nii võib saavutada ülesseatud eesmärgi — süüfilisest tervistumise. Mitu kuud kestvad vaheajad on lubamatud, kui neid tingimata ei nõua haige tervise eriline olukord. Üldravi toimel kaovad süüfilise nähud enamasti 1—2 nädalaga ja haigus muutub siis peidetuks ehk latentseks. Suurim eksitus oleks ravi lõpetada nähtavate haigustunnuste kadumise järel, mida siiski teevad lihtsameelsed inimesed, vaatamata arsti hoiatustele. Ravi säärase enneaegse lõpetamise tagajärjed on alati kurvad, sest haigus jätkab oma hävitustööd organismis, mõnikord küll väga aeglaselt, paljude aastate vältel ja puhkeb siis uuesti ja alati raskemal kujul.

Ravinguid peab jätkama ka sellest hoolimata, et positiivne WaR muutub negatiivseks enamasti juba esimese ravigu järel. Ravi vältel saab haige oma elukutselisi kohustusi edasi täita ja keegi ei märkagi tema haigust, kuid ta peab elama tervishoiuliselt, hoidudes kõigest, mis võib kurnata keha ning vaimu, ja hoolitsema nakkuse mitte-edasiandmise eest nii sugulisel kui ka mittesugulisel teel.

Ravigute arv ja ravi vältus sõltuvad seroloogiliste uurimiste tulemustest ja haiguse retsidiividest. Mõnede arstide arvates piisab seropositiivse I ja II järgu värske süüfilise tervistamiseks kolmest ravigust, kui WaR esimese kuuri järel muutub negatiivseks ja jääb säärasena pidevalt püsima (ka ravile järgneva kontrollaja vältel). Teised nõuavad samade tingimuste korral siiski nelja lühikeste vaheaegadega ravigu teostamist. Säärane ravi vältab umbes ühe

aasta. Juhtudel, kus WaR esimese ravigu lõpul või ka hiljem osutub ometi positiivseks, peab tehtama vähemalt 3 energilist ravin-
gut veel peale seda, kui WaR negatiivseks muutus. Sama on mak-
sev ka mõnesuguse kliinilise haigusretsidiivi tekkimisel. Nii võib
ravi vältus pikeneda 1,5—2 aastani ja veelgi kauemaks. Igatahes on
parem ravida rohkem kui vähe. Tarbe korral tehakse liikvori ana-
lüüsi ka ravi ajal, eriti teisel haigusaastal ja sagedaste peavalude
puhul. Ka varase ravi lõpetamise järel jääb haige 2—3 aastaks arsti
kontrolli alla. Esimesel aastal tehakse talle vereproove iga kahe ja
teisel aastal iga kolme kuu järel. Lõpuks uuritakse ka seljaaju-
vedelikku peale eelnevat vere provotseerimist arsenobensooliga.

Ka varast ravi ei ole võimalik teostada ainult suu kaudu sisse-
võetavate arsenobensooli-preparaatidega (*Spirocid*, *Stavarsol*, *Osar-
sol* jt.) ega ka ainult halli elavhõbesalvi nahasse hõõrumisega.

Latentse ja manifestse hilise II ja III süüfilisjärgu üldravi.

Avastatakse haigel süüfilis alles aastate möödumisel peale naka-
tumist süüfilise II järgu hilises latentises perioodis (*lues latens in-
veterata*) või temal siis puuduliku ravimise tagajärjel ilmuvad II
järgu retsidiivsed või III järgu süüfilise nähud, siseelundite ja
närvisüsteemi haigestumine, siis ei ole otstarbekas ravida teda nii,
nagu ravitakse varajast I ja II järgu süüfilist.

Hilissüüfilise ravi sõltub rohkem haiguse sümptoomidest kui
seroreaktsioonidest, sest WaR vereseerumiga on võrdlemisi sageli
negatiivne (20—30% juhtudest). Ka negatiivse WaR-i
juhtudel on haige ravimine kindlate haigus-
nähtude esinemisel tingimata vajalik. Kahtlaste
sümptoomide puhul teostatakse nn. proovravi, mida toimetat-
akse ettevaatliku kombineeritud vahelduva raviviisi järgi, ja kui
selle tagajärjel haigusnähud kaovad, on see nende süfiliitilisele ise-
loomule parimaks tõestuseks.

Süüfilisevastaste vahendite valik ja doosimine vajavad hilissüüfi-
lise puhul suuremat ettevaatust, sest tarvitada võib ainult sääraseid
ravimeid ja nende annuseid, mis ei kahjusta haigestunud elundit.
Seepärast alustatakse ravi alati väikeste ük-
sikannustega, mida hiljem kord-korralt suu-
rendatakse. Ravi alustamine arstimate suuremate annustega
toob alati kasu asemel vaid kahju, mis on sageli isegi heaks-
tehtamatu.

Õigeaegne ja otstarbekalt teostatud ravimine annab aga häid tulemusi, isegi täielist paranemist, kuna sellega hilinemine ja ravimite ebaõige tarvitamine või nendega liialdamine võib saada haigele saatuslikuks.

Hilissüüfilise raviks kasutatakse üldiselt samu spetsiifilisi vahendeid (vismut, elavhõbe, arsenobensool) kui varase süüfilise puhul, kuid siin etendab tähtsat osa veel üks ravivahend — j o o d, mida varase süüfilise puhul kasutatakse vaid erijuhtudel. Iga hilissüüfilise juhu ravi peabki algama joodi tarvitamisega, eriti veel siis, kui haiget varem või kaua aega pole ravitud. Joodi tarvitamist on lähemalt käsitletud vastavas peatükis („Süüfilisevastased ravimid“). Siinkohal olgu aga tähendatud, et joodipreparaate tuleb tarvitada küllaldasel määral, kombineeritud ravigu eel 2—4 nädala vältel ja edasiste ravigute vaheaegadel 3—6 nädala vältel, sest nõrgad üldannused ei avalda vajalikku ravitoimet. Hiljem võib joodi tarvitada ka samaaegselt arsenobensooli, vismuti ja elavhõbedaga, kuid ka säärane kombineeritud ravi algab ikkagi joodi tarvitamisega ja ainult joodiga eelravimise järel võetakse tarvitusele vismut (või elavhõbe); alles vismuti 3—6 süste järel võetakse juurde ka arsenobensooli süstimised verre või lihastesse (solusalvarsaan jt.). Arsenobensooli üksikannused peavad algul olema alati väikesed (0,075—0,15) ja neid suurendatakse ettevaatlikult vaid järk-järguliselt, vastavalt haige taluvusele ja üldtervisele. Ravi alustamine tugevamate üksikannustega (0,45—0,6 g) on täiesti keelatud ja siseelundite ning närvisüüfilise puhul on see otse eluohtlik.

Juhtudel, kus haige ei talu või tema tervislik seisund ei luba kombineeritud ravi, ollakse sunnitud mõneks raviguks kasutama ainult vismutit või elavhõbedat või ka ainult arsenobensooli koos joodiga või ilma. Arstimate ettevaatlikul ja otstarbekal kasutamisel juhtub seda siiski harva. Mõnikord ollakse sunnitud joodravist loobuma haige ülitundlikkuse tõttu joodi suhtes ja ka tiisikuse või kilpnäärme haiguste puhul (vt. lk. 199 jj.).

Kus vähegi võimalik, tuleb ka hilissüüfilise puhul ravimist toimetada ikkagi kombineeritud raviviisi kui kõige kasulikuma järgi, kasutades ühtlasi joodipreparaate.

Tarbe korral tarvitatakse hilissüüfilise raviks ka suu kaudu sissevõetavaid *Spirocid*'i tüüpi preparaate, millede toime on aga palju nõrgem nii haigusnähtudele kui ka seroreaktsioonidele.

Ravigute vaheajad on tavaliselt pikemad kui varase süüfilise puhul, keskmiselt 2—3 kuud.

Ravingute arvu ei saa ette määrata, sest haiguskulg ja ravi tulemused on üksikutel haigetel väga mitmesugused. Tavaliselt teostatakse 4—6 ravingut 2—3 aasta vältel ja ravi tulemuse kontroll toimub samade põhimõtete järgi kui süüfilise II järgu puhul. WaR-i negatiivseks muutumine nõuab igatahes rohkem aega ja vaeva. Mõnikord ei õnnestugi seda saavutada ja siis tuleb palju kaaluda, kui kaua haiget ravida (vt. „Resistentse süüfilise ravi“, lk. 207).

Spetsiifilise ravi kõrval kasutatakse ka ebaspetsiifilist, et tõsta organismi vastupanuvõimet ja ainevahetust (kliima-, proteiin- ja palavikravi, väävelkümbused, Zittmann'i dekokt). Suur tähtsus on igal juhul tervishoiulisel eluviisil. Hilissüüfilise ravitulemused sõltuvad sellest, kui kaugele oli arenenud haigusprotsess enne spetsiifilise ravi alustamist. Raviga hiline mine võib põhjustada elundi ebakorrapärasid funktsioneerimist järelejäänud armide tõttu.

Suuremat tähelepanu tuleb hilissüüfilise puhul pöörata südamele ja soonestrukturele, millede haigestumise korral on WaR positiivne 80—90% juhtudest. Aordi haigestumine osutub üheks sagedaimaks süüfilise hilisnähuks, esinedes enamasti 15—20 aastat pärast nakatumist. Võrdlemisi sageli on aordi süüfilis haige enneaegse surma põhjuseks, kui hiline takse ravi ettevõtmisega. Õigeaegne ettevaatlik ja otstarbekas ravi aga annab ka siin häid tulemusi. Eriti just südame ja aordi süüfilise puhul peab spetsiifilise ravi eelalati käima ravimine joodiga 2—3 nädala vältel. Tehakse kas *Endojodin*'i lihastesse süstimisi 2—3 korda nädalas või võetakse sisse joodnaatriumi, algul 0,5—1,0 g päevas, suurendades siis annust aeglaselt kuni 2—3 g päeva kohta. Sisse võetakse ka orgaanilise joodi preparaate (*Jodival*, *Sajodin*, *Alival* jne.) 2—4 tabletti päevas pärast sööki. Ainult säärase joodiga ettevalmistamise järel alustatakse vismuti süsteid ja kui haige on hästi talunud selle 5—6 süstet (2 süstet nädalas), siis alles alustatakse arsenobensooli süstimisi, mille algannused peavad olema üsna väikesed (0,05—0,075). Neid väikesi annuseid süstitakse 2—3 ühenädalaste vaheaegadega, mis ajal kestab edasi joodi ning vismuti tarvitamine. Kui ei tule ilmsiks ebasoovitavaid reaktsioone, tõstetakse arsenobensooli üksikannus edaspidi 0,15 grammile, siis 0,2 ja 0,25—0,3 g ja ainult ravimi väga hea talutavuse korral ka 0,45 g, millest ei minda üle ühelgi juhul. Vaatamata sellele ettevaatlikule menetlusele esineb ravingu vältel ka surmajuhtumeid, kuigi väga harva. Kui hoidutakse suurtest üksikannustest ja arvestatakse haige organismi vastupanuvõimet, ei esine kunagi haigusprotsessi halvenemist (vigastuse reakti-

vatsioonist) ega tüsistusi. Üldannusena üheks ravinguks süstitakse 3,5—5 g arsenobensooli, 15 ccm vismutit ja 20—30 ccm *Endojodin*'i. Kui aga on ainult kahtlus aordisüüfilise suhtes või esineb selle kerge kaju, võib spetsiifiline ravi olla ka tugevam. Eeltoodud raviskeemi peab üksikui juhtudel muidugi veelgi isikupärastama. Verre süstitava arsenobensooli asemel võib tarvitada ka lihastesse süstitavaid ravimeid (solusulvarsaan, *Neoiacol liquidum* jne.), sest nende toime vererõhule pole nii äkiline. Aordi- ja südamesüüfilise raviks tarvitatakse raskemal juhtudel ka *Spirocid*'i või *Stovarsol*'i tablette, eriti raukadele üle 70 aasta.

Aordisüüfilise ravi koosneb 4—6 ravingust 2—3 aasta vältel. Esimesel aastal teostatakse 2—3, teisel aastal 2 ja kolmandal aastal 1—2 ravingut. Kui liikvor püsib positiivsena ja haige tervis lubab, siis toimetatakse ka palavik- ja malaariaravi. Aordisüüfilis üksi ei keela veel malaariaravi ettevõtmist, kuid südame dekompensatsiooni korral ei tule see kõne alla. Spetsiifilisest ravist peab hoiduma, kui on olemas täiesti selge südame insufitsientsus või viimast on karta. Mõned annavad ka siis 1—2 g joodnaatriumi päevas, peale selle veel vismutit ja *Salyrgan*'i (elavhõbeda preparaat), hiljem ka *Spirocid*'i või *Stovarsol*'i.

Eriti südame ja soonte süüfilise puhul on vajalik rahulik eluviis, hoidumine pingutusist, ärritusist, spordist, alkoholist, palju suitsetamisest ja saunas vihtlemisest. Eelistada tuleb piima- ja taimtoite. Võimalikult vähe süüa soolast toitu ning piirata vedeliku tarvitamist. Palju lamada.

Kuigi väljakujunenud aordisüüfilise puhul pole oodata haige täielikku tervistumist, vähendab ravi subjektiivseid vaevusi (valu jne.), paneb seisma haiguse edasiarenemise, hoiab haiget enam-vähem töövõimelisena ja pikendab eluiga. Prognoos on seda halvem, mida noorem on aordihaige. Varajane haiguse äratundmine võimaldab paremat prognoosi.

Spetsiifilise raviga peab väga ettevaatlik olema ka teiste sise-elundite hilissüüfilise korral ja ka neil juhtudel ravi alati alustama joodiga, mida tuleb tarvitada küllaldastes annustes ja küllaldaselt pika aja vältel.

M a k s a süüfilise puhul, mida esineb võrdlemisi sageli ühes kollatõvega ja ka ilma selleta, on see eriti tähtis. Väga häid ja kiireid tulemusi annavad siis joodi süstitised lihastesse (*Endojodin*, 20 süstet à 2 ccm ravigu kohta) või verre

(10% joodnaatriumi steriilne lahus à 5—10 ccm), mida toimetatakse ülepäeviti. Süstimise asemel võetakse sisse ka joodnaatriumilahust (10,0 : 200,0), algul 3 korda päevas 1 teelusikatäis, tõstes selle annuse mõne päeva pärast ühe supilusikani korraga võttes, üldannusena ravigu kohta 30—40 g joodi. Joodilahuseid peab hoidma pruunis pudelis ja kaitsma päikese eest.

Kui joodi on tarvitatud 2—3 nädalat, võetakse juurde vismut, 2 süstet nädalas, 15—20 süstet üheks ravinguks. Vismuti asemel tarvitatakse ka halli elavhõbesalvi hõõrumisi nahasse ja kalomeli, sublumaadi jne. süstimist lihastesse. Arsenobensooli peab tarvitama suure ettevaatusega, sest ta on maksale kahjulikum kui jood, vismut ja elavhõbe. Seepärast on parem niihästi varase kui ka hilise maksasüüfilise korral arsenobensoolist esialgselt loobuda; tingimata nõuab temast loobumist ravimise ajal ilmsikstulev kollatõbi. Ka varase kollatõve ja kollase maksa-atroofia puhul on arsenobensooli tarvitamine ohtlik. Maksa kergema haigestumise puhul võib teda suure ettevaatusega kasutada, kuid algul minimaalseis annuseis (0,05—0,075—0,1 jne.) ja sedagi vaid siis, kui haige tervislik seisund on joodi ja vismuti tarvitamise järel juba tunduvalt paranenud. Säärane ettevaatus on äärmiselt tähtis, et ära hoida kõige kurvemaid tulemusi. Arsenobensooli üldannus üheks ravinguks on hea talutavuse korral 3—4 g, üksikannus ei tohi ületada 0,3—0,45 g. Arsenobensooli tarvitamine on näidustatud ka siis, kui maksasüüfilise puhul ei saa kasutada elavhõbedat või vismutit neerude ebasüüfililise vigastuse pärast. Arsenobensooli süstimise asemel tarvitatakse ka suu kaudu sissevõetavaid *Spirocid*'i ja teisi sääraseid preparaate.

Maksasüüfilise spetsiifilise ravi eel ja selle ajal peab alati toimetatama ühtlasi maksa üldravi (leelised veed jne.), eriti arsenobensoolide tarvitamisel, kuna vahendid, mis ei kahjusta terveid maksarakke, võivad haigele maksale osutada väga mürgiseks. Alkoholi tarvitamine on absoluutselt keelatud, sest see soodustab tunduvalt maksarakkude vigastumist.

Ravi tulemus sõltub sellest, kuivõrd süüfilis jõudis vigastada maksakude enne spetsiifilise ravi alustamist. Sageli esinev palavik kaob juba mõne joodi- või vismutisüste järel, püsid esimesed päevad harukordadel nädalaid. Suurte gummade asemele jäävad armid võivad takistada maksa normaalset talitlust ja seega põhjustada teatavaid tervishäireid. Kui veel pole alanud maksa atroofia ega teiste elundite amüloidväärastus, annab süüfilisevastane ravi vägagi häid tule-

musi. Vastasel korral tekivad haigel ödeem, kurtumus ja südame-
tegevuse nõrgenemine, millele järgneb surm üldnõrkusest.

Spontaanselt ehk iseeneslikult ei tervistu maksasüüfilis kunagi.

M a o - s o o l t e hilissüüfilise puhul algab spetsiifiline ravi jäl-
legi joodiga, millele hiljem võetakse juurde vismut ja alles selle
järel arsenobensool väikestes üksikannustes. Suured arsenobensooli
annused, eriti ravi alguses, võivad põhjustada verevalumeid ja
kõhukelme ärritust (Herxheimer'i reaktsioon). Arsenobensooli üld-
annus üheks ravinguks on 3,5—4,5 g. Mao- ja maksasüüfilise
puhul annab sageli häid tulemusi üheaegne elavhõbeda ja joodi
kasutamine, misjuures esimest tarvitatakse pärasoole küünalde
kujul (suposiidid) ja teist kapslites (*Lipiodol*) suu kaudu sisse-
võetuna. Tarbe korral tarvitatakse ka *Spirocid*'i tüüpi preparaate,
järelraviks ka Zittmann'i dekokti. Varakult ettevõetud ravil on
alati head tagajärjed. Hilinenud juhtudel osutub mõnikord tarvi-
likuks operatsioon.

Süüfilise põhjustatud s o o l t e - ja m a o h a a v a n d e i d pa-
randab ainult spetsiifiline üldravi ja seda võrdlemisi kiiresti, kuna
toitravi ükski ei anna mingeid tulemusi.

P õ r n a süüfilise varased nähud paranevad spetsiifilise raviga
mittehilinemisel hästi ja kiiresti, kuna hilised nähud paranevad vas-
tavalt sellele, kui kaugele oli arenenud haigusprotsess enne ravi
alustamist.

N e e r u süüfilise ravi nõuab suurimat ettevaatust, sest peab
olema kindel, et neerude haigestumise põhjuseks on ainult süüfilis
ja mitte harilik neerupõletik. Viimase korral on elavhõbeda ja vis-
muti tarvitamine täiesti keelatud. Kogu ravi vältel peab hoolega
kontrollima haige kust, vererõhku ja enesetunnet. Keedusoola tar-
vitamine on täiesti keelatud, valgu ja piima tarvitamist peab vähen-
dama (piima ainult $\frac{1}{4}$ liitrit päevas). Eelistatud toiduaineteks olgu
riis, või, kartul, jahu, kompott, aed- ja puuviljade mahlad. Ödeemi
korral peab tugevasti piirama vedelikkude tarvitamist.

Neerusüüfilise ravi peab ka alati algama joodnaatriumiga. Väi-
kesed vismuti ja elavhõbeda annused on lubatud vaid ödeemi vähe-
nemise järel. Arsenobensooli minimaalannuseid võib süstida ainult
ödeemi kadumisel, doosi järk-järgult ettevaatlikult suurenda-
des, ja seda alatise kusekontrolli saatel. Süüfilisevastaste ravi-
mittega liialdamine on haigele otseselt ohtlik, eriti veel ravi alguses.

Spetsiifiliste ravimite kõrval tarvitatakse tarbe korral veel diu-
reetikume ja südamevahendeid. Raviga mittehilinemisel võib saada

häid tulemusi. Vastasel korral järgneb surm tavaliselt amüloid-väärastuse ja lisanduvate tüsistuste, kopsu- või tema kelmete põletiku, südame haigestumise (*pericarditis*) või ureemia tagajärjel.

Üldiselt on lootus paranemiseks neerusüüfilise korral parem kui harilikkude raskemate neerupõletikkude puhul.

Põie süüfilis hakkab jõudsasti paranema juba joodnaatriumi sissevõtmisel, millele varsti järgnegu harilik hilissüüfilise üldravi.

Kilpnäärme süüfilis hakkab spetsiifilise ravi toimet hästi. Tema süfiliitilise atroofia korral (*myxoedema syphilitica*) on kasulik tarvitada *Thyreoidin*'i kas spetsiifilise ravigu eel või selle vältel. Süüfilise põhjustatud kilpnäärmehäirete (Basedow' tõve) puhul on joodi tarvitamine kasulik, kuna hariliku Basedow' tõve korral on see täiesti keelatud.

Ajuripatsi (hüpfüüsi) süüfilis allub väga hästi süüfilisevastastele ravimitele, eriti kui samaaegselt tarvitada endokriinseid preparaate. Kiiresti paraneb üldtervislik seisund ja varsti kaovad ka rasked peavalud.

Liigeste süüfilise puhul tehakse üldravi kõrval paistetanud liigestele ka halli elavhõbesalvi (5—10 g) sidemeid, kuumutamist, diatermiat ja väevli süstimisi tuharaisse. Arsenobensooli taluvad säärased haiged halvasti ja ta põhjustab pikaajalisi reaktsioone. Parem on, vähemalt esialgselt, tarvitada *Spirocid*'i (7,5 g raviguks). Kui muud vahendid ei aita, aitab sageli joodkaaliumi või joodnaatriumi sissevõtmine või joodipreparaatide süstimine.

Lähemat käsitlemist nõuab süüfilise ravi probleem, kui süüfilis on seoses samaaegse kopsutiisikusega. Mõlemaid haigusi ravitakse siis üheaegselt, kuid siin käsitleme vaid süüfilise ravimist.

Kroonilise kopsutiisikuse ja samaaegse vana statsionaarse süüfilise korral algab ravi joodnaatriumi sissevõtmisega, algul 0,5 g ja hiljem, aeglaselt annust tõstes, kuni 2 g päeva kohta. Tarvitada võib ka orgaanilisi joodipreparaate 1—3 tabletti päevas. Kopsudes katarraalsete nähtude või verejooksude ilmsikstulekul peab aga joodi tarvitamine kohe ära jätama. Paralleelselt joodi kasutamisega süstitakse vismutit, igal 4. päeval 1—2 ccm, kokku 15 süstet. Vismutit taluvad kopsuhaiged hästi ega ole täheldatud tema kahjulikku toimet või mürgisust. Südame insuffsientsuse korral koos ödeemiga aga asendatakse vismut mõne lahustuva elavhõbeda-preparaadiga (*Salyrgan* jt.), mida süstitakse

igal 3. päeval 1—2 ccm verre. Ilma raskuseta ja kahjuliku toimetä kopsudele taluvad kroonilise tiisikusega haiged ka arsenobensooli süstimisi lihastesse või verre, kuid üksikannused peavad olema väikesed, et mitte tekitada tunduvat kahju. Algul süstitakse kaks korda nädalas à 0,15 g ja tõstetakse hiljem üksikannus aeglaselt 0,3—0,45 g-ni. Süstitakse igal 5. päeval ja üldannus on 3,5—5,5 g, vastavalt haige taluvusele. Verejooksu kopsudest arsenobensooli toimel on täheldatud väga harva ja sedagi vaid suurte dooside kasutamisel. 6-, 8- kuni 10-nädalase vaheaja järel teostatakse uuesti samasugune raving. Vaheaja pikkus ja ravingute arv sõltuvad haige tervislikust seisundist, eriti nähtudest kopsudes. Kui haigel ravimise ajal tekib verejooks kopsust, suurem kehasoojuse tõus, röga hulga suurenemine, kõhulahtisus, kõhnumine või tiisikusprotsessi progresseerumine, siis on vajalik süüfilisevastasest ravist loobuda või see ajutiselt katkestada. Nõrga ravivahendina võib edaspidi arvesse tulla *Spirocid* või *Stovarsol*.

Vana kopsutiisikuse ja värske süüfilise korral toimub ravi samuti kui haige puhul, kel pole tiisikut, kuid ettevaatlikumalt ja ravigu vältust pikendades. Eriti peab hoiduma suurtest arsenobensooli üksikannustest ja hästi hoolitsema haige üldtervise eest.

Värske kopsutiisikuse ja värske süüfilise korral ei tohi tarvitada joodi, sest ta aktiveerib tiisikusprotsessi ja takistab haiguskollete lupjumist. Mõnikord avaldab süüfilisevastane ilma joodita ravi isegi head toimet tiisikusprotsessile, kui see on veel algastmes või vähe aktiivne. Aktiivne süüfilis ise mõjub aga kahjulikult tiisikuse kulgemisele. Arsenobensool mõjub värske tiisikuse ja samaaegse värske süüfilise puhul tavaliselt halvasti, kuid haige hea üldseisundi korral võib teda väikestes üksikannustes siiski tarvitada. Tarvitatakse ka lihastesse süstitavaid arsenobensooli-preparaate (solusalvarsaan jt.), millede toime on aeglasem ja vähem äge. Ravi peab seejuures olema seda nõrgem, mida edasiarenenum on tiisikus. Haige halva üldseisundi korral peab esmajoones hoolitsema tema organismi tugevdamise eest ja ka edaspidi igal tervise halvenemise korral süüfilise ravi katkestama. Nõrgad haiged saavad ainult vismutit või elavhõbeda-arseeni-ühendeid (*Modenol*, *Enesol*) 1 ampull lihastesse 2—3 päeva tagant, ravinguks 15—20 süstet. Edaspidi antakse ka *Decoctum Zittmanni mitius*'t, mis ei mõju kõhtu lahtistavalt, hommikuti leigelt enne sööki (tühja kõhuga) juua 150—200 ccm 8—10 nädala vältel; see mõjub

sageli ilmselt organismi tugevdavalt. Tervisliku seisundi paranemisel võetakse edaspidi juurde *Spirocid*-raving (30 tabl. à 0,25 g). Alkoholi tarvitamine on keelatud, sest ta muudab haige väga tundlikuks arsenobensooli suhtes ja vigastab sageli maksarakke, mille tõttu arsenobensool võib toimida otse mürgiselt.

Kopsu süüfilis ilma tiisikuseta paraneb õigeaegsel äratundmisel ja ravimisel hästi. Ravimine toimub hariliku hilissüüfilise ravi põhimõtete järgi, misjuures esimese ravigu eel ja teiste vaheaegadel haige tarvitab kaaliumjodaati või *Endojodin*'i.

Rinnakelme süüfilise puhul kaotab spetsiifiline ravi palaviku mõne süstega, kuna amiidopüriini, fenatsetiini ja aspiriini isegi suured annused ei suuda seda mõjustada. Kaob võrdlemisi kiiresti ka ekssudaat ja taandareneb kopsuvärati-näärmete paistetus ühes subjektiivsete vaevustega.

Naha ja limanaha gummade ravi, kui siseelundid on terved, võib olla palju intensiivsem teiste hilissüüfilise nähtude ravist. Arsenobensooli tarvitatakse üheks raviguks 5—6 g, kusjuures üksikannused võivad hiljem olla 0,6—0,75. Juba jood (4—6 g päevas) üksi paneb piiri edasisele koe lagunemisele, kuid tarvilik on tema tarvitamise järel siiski süstida ka vismutit või elavhõbedat ja arsenobensooli, osalt ka seepärast, et vältida teiste elundite haigestumist tulevikus. Gummoosselt lagunenuid koe asemele jääb arm, nagu siseelundeiski. Väliseid gummasid ravitakse ka paiksel (vt. lk. 228).

Silma süüfilise puhul pooldab J. Kasas spetsiifiliste arstimite suurte ja ülisuurte üksik- ja üldannuste tarvitamist, luges kõigi pahede põhjuseks just väikesi ja keskmisi doose. Joodi soovitab ta anda päeva kohta 6—10 g, arsenobensooli üheks raviguks 7—8—10 g, tehes selle süsteid 2 korda nädalas, kusjuures lõpp-üksikannused on à 0,9 g. Arsenobensooli annus 3 g ravigu kohta mõjuvat vaid spirohheetide sigimist edendavalt. Enne arsenobensooli peab vähemalt 2 nädalat tarvitama joodi ja elavhõbedat (nägemisnärv atroofia puhul ainult joodi) ja selle järel siis edasi kolme arstimit üheskoos. Elavhõbedat annab Kasas üheks raviguks 0,9—1,5 g (metallilist soola). Vismuti jätab ta reservi ja annab seda lõpuks ainuüksi. Ravigute vaheajad on lühikesed, 1—1½ kuud, ja ravigute arv on kolm.

Nägemisnärv atroofia ravi vt. lk. 205 jj.

Interstitsiaalse keratiidi ravi on käsitletud lk. 220 jj.

Sigimatus, kui selle põhjuseks on omandatud või kaasasündinud süüfilis, allub sageli väga hästi spetsiifilisele ravile, eriti kui sellega kõrvuti tarvitada opoteraapiat. Ravi tulemus nähtub $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ a. vältel.

Närvisüüfilise (välja arvatud taabes ja progressiivne paralüüs) ravimise edu sõltub haiguse varasest äratundmisest ja võimalikult varemini ette võetud ravist, peamiselt aga õigest ravimite valikust ja nende doosimisest. Raviks tarvitatakse kõiki spetsiifilisi kui ka ebaspetsiifilisi vahendeid. Väga häid tulemusi annavad kalomeli süstimid ja seda juba väikestes annustes. Süüfilise varase perioodi akuutse meningiidi puhul esinev kõrge palavik kaob sageli juba 1—2 kalomelisüstega. Süstimisi toimetatakse igal 3.—5. päeval (à 0,03—0,04 g kalomeli), üheks ravinguks 10 süstet. Järelraviks tarvitatakse hiljem ka halli elavhõbesalvi hõõrumisi nahasse.

Meningo-vaskulaarset süüfilist ravitakse elavhõbeda ja arsenobensooliga, mitte vismuti ja joodiga. Viimast tarvitatakse küll ravingute vaheaegadel. **Ajusüüfilise** korral peab arsenobensooliga olema väga ettevaatlik ja ravi alati alustama elavhõbedaga, mille 3—5 süste järel võetakse juurde arsenobensool väikestes üksikannustes, suurendades neid järk-järguliselt, vastavalt haige taluvusele. Spetsiifilist ravi võib toetada nõrga ebaspetsiifilise raviga, mis annab häid tulemusi. Kolmeväärsete (-valentsete) arseenipreparaatide kõrval tarvitatakse ka viieväärseid (*Solvarsin*, *Tryparsamid* jt.). Kui haige arsenobensooli süstimisi ei talu, võetakse selle asemele *Spirocid*, mida on kasulik kombineerida joodraviga.

Eriti hästi allub süüfilisevastasele ravile **sümptoomidevaba närvisüüfilis**, mille puhul positiivne liikvor muutub võrdlemisi kiiresti negatiivseks.

Näonärvi halvatus, mis esineb 10—30 aastat pärast süüfilisse nakatumist puuduliku ravimise tagajärjel, allub väga hästi joodipreparaatide, eriti *Endojodin*'i süstetele (iga päev üks ampull lihastesse); halvatus kaob 5—10 süste järel. Sellele peavad järgnema mitmed spetsiifilised ravingud. Väga hästi vaigistab *Endojodin* ka süüfilisest põhjustatud tugevaid närvivalusid, kui seda süstitakse 2 korda päevas à 2 ccm lihastesse.

Sageli ei aita närvisüüfilise puhul spetsiifilistest vahenditest ükski. Varased haigusjuhud on spetsiifilisele ravile mõnikord mitte

ainult refraktaarsed, vaid haigus võib isegi halveneda. Siis on otsustavaks abiks võtta palavikravi, eriti malaaria, mis viimane on ettevaatlikul kasutamisel peaaegu ohutu. Õieti peaks iga positiivse liikvori juhtu ravitama malaariaga, mis ühtlasi hoiab kõige paremini ära progressiivse halvatuses võimaluse tulevikus, ja seda kindlamini, mida varemini malaaria külge poogitakse. Peale spetsiifilise ravi tarvitatakse malaaria järel ka ebaspetsiifilisi vahendeid. Haige liikvor muutub normaalseks harilikult 6 kuu vältel. Mõnikord jääb ta siiski muutumatuks.

Kõige paremini saneerib patoloogilist liikvorit kombineeritud ravi, s. t. kui ühe ravigu ajal üheaegselt tarvitatakse arsenobensooli ja elavhõbedat või vismutit. Bernard leidis, et 118-st positiivse liikvoriga haigest oli 63% ravitud ainult arsenobensooliga.

Süüfilise IV järgu (taabese ja progressiivse paralüüsi) ravi.

Taabes ja progressiivne paralüüs on raskemini ravitavaid hilissüüfilise nähte. Eriti viimane allub väga vähe puht-spetsiifilisele ravile.

T a a b e s e ravi nõuab kindlat isikupärastamist, sest ravi tulemused on väga lahkuminevad: mõned juhud, vaatamata positiivsetele seroreaktsioonidele, jäävad statsionaarseks, s. t. haigus ei arene edasi; kuna teised, vaatamata negatiivsele seroreaktsioonidele, ometi progresseeruvad; ühed juhud alluvad ravile hästi, teised mitte sugugi.

Ravi isikupärastamisel on vajalik arvestada vigastuse asukohta, selle suurust ja kuju, sümptomide raskust, siseelundite ja üldtervise seisundit, arstimate toimet ja nende põhjustatud reaktsioone.

Taabese algstaadiumil võib raviga peaaegu alati saavutada kindlat edu, kuna väljakujunenud juhtudel on tervistumine võimatu. Ei ole võimalik endisse seisukorda seada juba degenereerunud närvirakke, kuigi lagunemisprotsessi võib seisma panna ja edasi lükata haige töövõime muutmist. Spetsiifiline ravi säärestel kordadel on tarvilik selleks, et ära hoida teiste elundite haigestumist süüfilisse. Taabese algastmel võib malaariaraviga saavutada isegi praktilist tervistumist. Igal juhul ravitakse vähemalt seni, kuni positiivne WaR veres ja ajuvedelikus muutub negatiivseks. Ka negatiivse WaR-i korral ajuvedelikus annab süüfilisevastane ravi mõnikord rahuldavaid tulemusi.

Paremaid tulemusi annab taabese puhul spetsiifilise ravi kombineerimine ebaspetsiifiliselega, eriti ettevaatliku palavikraviga, mis enamasti saneerib ajuvedeliku ja kaotab suuremad vaevused. Spetsiifiliseks raviks tarvitatakse peale muude vahendite ka hõbesalvarsaani. Mõnikord annab nõrk spetsiifiline ravi — arsenobensooli 3—4 g, joodi keskmistes annustes või ainult elavhõbesalvi nahasse hõõrumine — paremaid tagajärgi kui energiline ravi. Üldiselt aga tarvitatakse üheks ravinguks 4—5 g arsenobensooli (ka hõbesalvarsaani niisama palju), kui haigusnähud ja haige tervis seda lubavad. Arsenobensooli eel peab alati käima ravimine vismuti või elavhõbedaga; viimasest kasutatakse peamiselt kalomeli süsteid või halli salvi hõõrumisi. Arsenobensooli süstitakse ka endolumbaalselt, kuid see annab suure protsendi suremust. Joodnaatriumi juuakse 1—3 g päevas 4—6 nädala vältel. Süstitakse ka *Tiodine-Cognet'i* nahaalusi või *Endojodin'i* verre (15—20 süstet) või võetakse sisse *Jodipin'i* ja *Dijodyl'i* tablette. Ravingute arv sõltub tervislikust seisundist, kuna vaheajad nende vahel on lühemad (1—2 kuud) või pikemad (3—4 kuud).

Ebaspetsiifiliseks raviks tarvitatakse palavikku tekitavaid väavli, *Pyrifer'i*, *Neosaprovitan'i*, *Phlogetan'i*, *Vaccineurin'i*, tüüfuse-, stafülo- ja gonokokkidevaktsiinide süstimisi, kui haige üldtervislik seisund seda lubab. Juuakse ka *Zittmann'i* dekokti. Tarvitatakse ka malaariaravi, kuid väljaarenenud taabesega haiged kannatavad seda halvemini kui progressiivse paralüüsi haiged. Süüfilisevastase ravi toimed kaovad või paranevad võrdlemisi sageli tundlikkushäired, valu ja ebakindel käik. Statsionaarseil juhtudel, kui WaR veres ja ajuvedelikus on negatiivne, pole spetsiifiline ravi ega malaaria enam oluline või neid toimetatakse ainult siis, kui haigel on piinavaid sümptome. Peamiselt hoolitsetakse üldseisundi kõvendamise ja kehaliste puuete kõrvaldamise eest harjutusravi abil.

Taabesehaige peab elama tervishoiuliselt, hoiduma kehalistest ja vaimsetest ülepingutustest, alkoholist, nikotiinist ning hingelist ärritustist. Suur tähtsus on haigusnähtude ravil. Lansseerivate valude (kriiside) puhul jälgides peab hoiduma külmetusest, rõskusest, kõhukinnisusest. Algul vaigistavad valu atsetosaal, amiidopüriin, antipüriin, fenatsetiin jne. Et suhkrurikas toit suurendab mõnel taabesehaigel valu, hoidutakse liigsest magusa söömisest. Tarvitatakse ka insuliinravi, mis lühendab valuhoogude kestust ja pikendab vaheaega nende vahel. Sageli mõjub valu vähendavalt palavikravi, kuigi ta algul seda suurendab. Palavik ei

tohi tõusta üle 37,5—38°. Süstitakse verre ka naatriumbromiidi lahust. Kui valuvaigistavad vahendid enam ei mõju, aitab sageli metüleensinise sissevõtmine. Head on kuumad mähised valu piirkonda. Morfiumi eest peab kindlasti hoiduma, sest see muudab haige varem või hiljem morfinistiks, mis tunduvalt raskendab haige õnnetut saatust. Ainult äärmisel juhul ja ilma haige teadmata võib anda morfiumi pulbrina koos amiidopüriini ja atropiiniga.

Valude korral kõhu piirkonnas (gastrilised kriisid) tarvitatakse *Impletol'i*, *Dormalgin'i*, oksendamishäid ja lülisamba korduvat kiiritamist röntgeniga. Seda võib teha ka lansseerivate kriiside korral. Mõlemaid kriise vähendab sageli Zittmann'i dekokti joomine 2—4 nädala vältel. Parimaid vahendeid gastriliste valude vastu on aga atropiini süstimine verre 1—3 milligrammi korraga, kas iga päev või ülepäeviti üks süste, üldiselt 10—12 süstet. Mõnikord aitab valu kaotamiseks ühestainsast atropiini süstest ja sageli ei kordu valu seejärel mitme aasta vältel. See üllatav toime avaldub 60—70%-l haigetest. Lansseerivate valude vastu jalgades on atropiini toime tunduvalt väiksem. Atropiini heaks kaastoimeks on, et mõned morfinistid võõrduvad morfiimist (nagu insuliinigi tarvitamisel), eriti need, kes pole seda tarvitanud pikemat aega.

Kusemistakistuste puhul peab kateetri tarvitamisest hoiduma niikaua kui vähegi võimalik. Tarvitatakse kas katkestamatult või väikeste vaheaegadega pikema aja vältel *Tetrophan'i* tablette à 0,1 g, 2—3 tabletti päevas suu kaudu sisse võttes. Kombineeritult intensiivse ja küllaldaselt pikaajalise spetsiifilise raviga on *Tetrophan'i* toime hea ka algava taabilise ataksia puhul, mil ta pidevalt parandab lihaste toonust, eriti jalgades; ühtlasi kaob ebaloomulik põlve käänak (hoidumine) tahapoole; suurenevad ka refleksid ja tundlikkus (sensibiliteet). Taabiliste kriiside ja suurenenud reflekside korral on *Tetrophan'i* tarvitamine keelatud. Ettevaatlik peab selle ravimiga olema ka kõrge vererõhu puhul. Kui *Tetrophan'i* tarvitamine põhjustab krampe, tuleb temast kohe loobuda. Kasulikud on ataksia puhul ka suured joodiannused, eriti 33 $\frac{1}{3}$ %-lise joodnaatriumi süstimine verre 2—3 korda nädalas à 10—20 ccm 6—10 nädala vältel. Ka joodravi ajal peab silmas pidama haige tervislikku üldseisundit, valku uriinis ja pulsilöökide arvu (Basedow' tõbi!).

Algava põiehalvatuse puhul annab häid tagajärgi *Cylotropin'i* süstimine verre (8—10 ccm korraga), samuti *Erystipticum „Roche“*.

Väga raske on raviga mõjustada taabese puhul esinevat n ä g e m i s n ä r v i a t r o o f i a t, mis sageli lõpeb haige pimedaksjäämi-

sega mõne kuu või 1—10 aasta jooksul. Selle ravi suhtes on vaated praegugi lahkuminevad: kui ühed uurijad on veendunud, et süüfilisevastane üldravi halvendab haiguse kulgemist ja kiirendab täieliku pimedaksjäämise momendi kätte jõudmist, väidavad teised, et see ravi on kasutu ning kahjutu; kolmandad aga arvavad, et spetsiifiline ravi siiski võimaldab haiguse arengut mõneks ajaks seisma panna ja seega pimedaksjäämist edasi lükata. Ravi peab toimuma silma-eriarsti alatisel järelevalvel. Enne arsenobensooli kasutamist peab vähemalt 2 nädala vältel tarvitama joodi ja alles siis juurde võtma elavhõbeda ning arsenobensooli süstimisi. Ka malaaria- ja palavikravi suhtes on arvamused nägemisnärv atroofia puhul erinevad. Haiguse kiirel arenemisel tuleb malaariat siiski tarvitada, mõnede arvates aga nõrgestatud või ainult mõne üksiku palavikuhoo kujul. H. Teräskeli Soomes arvab oma uuemate uurimiste põhjal, et malaariaravi suudab nägemisnärv atroofia puhul siiski edasi lükata haige pimedaksjäämist.

Enamik taabesejuhtudest jääb statsionaarseks, millele suures määral aitab kaasa hoidumine meteoroloogilistest, toksilisinfektsioonilistest ja hingelistest ärritustest. Kriisid ja lansseerivad valud esinevad ka statsionaarsetel juhtudel, peamiselt armistumisprotsessi sümptoomina. Säärasteil juhtudel ei aita ka palavikravi. Taabesehaigete arv on viimasel ajal tunduvalt vähenenud, tänu süüfiliseravi paremaks ja põhjalikumaks muutumisele, süüfilise varajasemale äratundmisele ja süüfilisevastase ravi palju varasemale alustamisele. Taabese vähenemisele aitab suurel määral kaasa ka rahva seas teadmiste suurenemine süüfilisest ja tema tagajärgedest, millest tingituna haiged endid nüüd palju korrapärasemalt ravivad. Suur tähtsus on veel asjaolul, et nüüdisajal toimetatakse ajuvedeliku analüüsimist palju sagedamini, mis võimaldab juba varakult närvisüsteemi süüfilise äratundmist ja vastava ravi ettevõtmist.

Progressiivset paralüüsi ravitakse vaimuhaiguste kliinikus haigele malaaria külgepookimise ja spetsiifiliste ning ebaspetsiifiliste ravimite abil. Vähemalt pooltel haigetest saavutatakse hea või rahuldav tulemus, nii et haige kas tervistub või saab tagasi töövõime. Paranemine järgneb malaariale kas kohe või mõne kuu või umbes aasta pärast. Ka progressiivse paralüüsi puhul saadakse seda paremaid tagajärgi, mida varem alustatakse tema ravi. Mõned haiged surevad malaaria ajal või järel, teised elavad paranematult veel 3—4 aastat, harva kauem.

Resistentse süüfilise ravi.

Ka siin peab püüdma mitte ainult positiivset WaR-i negatiivseks muuta, vaid haiget tervistada. Kui haigel 5—6 korraliku kombineeritud ravigu järel WaR verega püsib ikkagi positiivne, kuid tal puuduvad siseelundite süfiliitilised vigastused ja teised süüfilise nähud ning WaR liikvoriga on negatiivne, siis võib loobuda $\frac{1}{2}$ —1 aastaks isepärasest ravist ja kasutada rohkesti puhkust, õhu- ja päikesekümbelusi, kliima vahetust, head toitumust, võimlemist, massaaži, kuumi vanne, diatermiat, ühe sõnaga, kõike, mis tõstab keha vastupanuvõimet. Sisemaa elanikule on kasuks viibimine mere ääres, alaliselt mere ääres asujale aga viibimine sisemaal ning mägedes. Hoiduma peab liigsuitsetamisest ja alkoholist, elades ka muidu reeglipäraselt tervishoiuliselt, nagu tiisikushaige. On juhtumeid, kus ainult tervishoiulise eluviisi ja rohke vaba õhu kasutamise, eriti spordiga mõõduka tegelemise tagajärjel on pidevalt positiivsenähtena püsinud WaR iseenesest muutunud negatiivseks.

Mõnikord on kasulik röntgeniga kiiritada põrna.

Kui WaR siiski ei muutu negatiivseks, ei tohi edasine ravi olla liiga intensiivne, mis kurnaks haiget. Spetsiifiliste ravimite kõrval on vajalik kasutada ka mittespetsiifilisi — palavikku tekitavaid vahendeid (väävel, tüüfuse- ning gonokokkide-vaktsiinid jne.), piima, taimevalgu, tärpentini, oma vere, hormoonide, viinamarja-suhkru, fibrolüsiini, maksa- ning kilpnäärme-preparaatide süstimisi ja Zittmann'i dekokti joomist, kombineerides ja mitmekesisdades meetodeid. Palavikravi ei tohi toimetada kopsutiisikuse puhul.

Tarvilik on spetsiifiliste preparaatide vahetamine, nii et neid tarvitataks igaks raviguks isesuguseid. Otstarbekas on ka halli elavhõbesalvi nahasse hõõrumine, joodkaaliumi ja joodnaatriumi joomine suurtes annustes (6—12 g päevas) 4—6 nädala vältel, samuti joodipreparaatide süstimine (20—30 süstet) verre. Sageli annab häid tulemusi mõne kullapreparaadi süstimine lihastesse või verre ühes samaaegselt tarvitatava vismuti või elavhõbedaga. Kulla süstimisel on kasulik tarvitada rohkesti C-vitamiini sisaldavat toitu.

Kui spetsiifiline ravi ühes mittespetsiifiliste vahendite kasutamisega ei suuda positiivset WaR-i negatiivseks muuta, tuleb teostada malaariaravi, mis seda enamasti suudab nii veres kui ka liikvoris. Peale intensiivset ravi püsima jäänud positiivsele WaR-le võib vaadata kui ohutule „bioloogilisele iludusveale“.

Üldiselt arvestatakse resistentse süüfilise ravimisel haige eluiga, seades suuremaid nõudeid noortele. Sageli on võimatu positiivset WaR-i negatiivseks muuta hilise kaasasündinud süüfilise korral, kuid prognoos tervise suhtes on neil haigeil korraliku ravi puhul siiski hea.

Rasedate ravi.

Rasedaid, kes on ükskõik millal põdenud süüfilist, peab ravima kas kogu raseduse vältel või neile sel ajal tegema kaks energilist kombineeritud ravingut, üks raseduse alkuudel ja teine raseduse teisel poolel (5.—8. raseduskuuni). Zoon soovitab kogu rasedusaegseks raviks tarvitada ainult arsenobensooli (0,3 g nädalas), mis andvat alati terve lapse, Almquist aga meetodit, kus üksikute tsükli te viisi süstitakse vahelduvalt arsenobensooli, vismutit ja elavhõbedat. Nende tsükli te vahele võib jätta lühikesi, mõnenädalasi vaheaegu haigele puhkuseks. Algul süstitakse ainult arsenobensooli (üldannusena 4,5—5 g) ja selle järel vismutit või elavhõbedat. Vaheaja järel algab uus raving jällegi arsenobensooliga ja kui enne tarvitati vismutit, siis nüüd tuleb kasutada juba elavhõbedat, kui rase seda hästi talub. Möödapääsematult vajalik on arsenobensooli tarvitamine, sest ainult elavhõbedaga ravitud rasedad sünnitavad 70—75% juhtudest haige lapse, kellel on süüfilise tunnused kas sündimisel või need ilmuvad hiljem. Ka vismut üksi annab vähe tulemusi, samuti kui suu kaudu võetavad *Spirocid*'i tüüpi preparaadid. Et kindlustada terve lapse sündimist, peab rasedat naist ravima ka siis, kui teda on enne rasedust küllaldaselt ravitud (vt. statistilisi andmeid lk. 239). Ravi vältel peab kogu aja jälgima raseda neerude seisundit ja vererõhku. Mõned soovivad vismutit ja elavhõbedat kasutada ainult siis, kui rase arsenobensooli ei talu, sest need vahendid, eriti vismut, võivad raseduse ajal kergesti vigastada neerusid. Kuid see kartus on ravimite ettevaatlikul kasutamisel enamasti põhjendamatu.

On rasedal positiivne WaR veres ja tal puuduvad teised haigused, mis võivad seda põhjustada, peab teda kõigi vahenditega energiliselt ravitama kuni 9. raseduskuuni, vaatamata süüfilist eitava anamneesile ja haigussümptomide puudumisele. Positiivsete seroreaktsioonide esinemisel kümnendal raseduskuul tuleb jääda äraootavale seisukohale, sest sel ajal võivad reaktsioonid veres olla ka ebaspetsiifilised; sel puhul ei saa ka last ainult ema reaktsiooni

tulemuse alusel arvata süüfilishaigeks. Ka lühikest aega peale sünnitust võib emal WaR veres ebaspetsiifiline olla, mis kaob tavaliselt ühe nädala vältel.

Negatiivse vereproovi puhul kogu raseduse vältel tuleb toetuda anamneesile ja vähegi põhjendatud kahtluse korral peab toimetama süüfilisevastast ravi.

Rasedate ravi on käsitletud ka kaasasündinud süüfilise profülaksi all, lk. 235.

Kaasasündinud süüfilise ravi.

Sageli on küllaltki keeruline ja raske lahendada küsimust, kas süüfilist põdenud ja ennast nii või teisiti ravinud emast sündinud laps vajab süüfilisevastast ravimist ning kui jah, siis millal ja misugust. Et viimase paarikümne aasta vältel on vähenenud kaasasündinud süüfilise nähtude raskus, siis esineb tunduvalt rohkem haiguse latentset kuju, mille äratundmine võib tekitada raskusi. Haiguse võimalikult varajasem äratundmine on aga suure tähtsusega, sest kaasasündinud süüfilise ennustus on hea ainult ravi varajasel alustamisel.

Lihtne on küsimus, kui lapsel sündides esinevad süüfilise tunnused või need tekivad esimestel elupäevadel või nädalatel, sest siis tuleb spetsiifilist ravi alustada otsekohe.

Kuid keeruliseks muutub küsimus, kui süüfilist varem või hiljem põdenud ja ennast ravinud ema lapsel puuduvad haiguse ilmsed tunnused, sest siis tuleb selgitada, kas ema ravi on olnud küllaldane selleks, et tema last võib pidada terveks ja süüfilisevastast ravi mittevajavaks. Selle küsimuse otsustamisel on tähtis teada, kui palju aega on möödunud ema nakatumisest süüfilisse ja kas ema on küllaldaselt ravitud mitte ainult enne rasedust, vaid ka selle vältel. Selleks on maksvad järgmised põhimõtted:

1) Kui süüfilishaiget ema ei ole üldse ravitud, alustatakse tema lapse ja ta enese ravimist kohe peale sünnitust, vaatamata sellele, kui palju aega on möödunud ema nakatumisest süüfilisse, milline on tema vereproov ja kas vastsündinul on süüfilisnähte või mitte. Varem arvati, et kui ema nakkusest on möödunud 10—15 aastat, siis võib ta sünnitada terve lapse, kuid nüüd on selgunud, et emad on sünnitanud haigeid lapsi isegi siis, kui nende nakkusest oli möödunud 20, 26 ja 37 aastat.

2) Vastsündinu ja tema ema harilikku, mitmekuuriulist spetsiifilist ravingut alustatakse otsekohe ka siis, kui emal on varem puudulikult ravitud ja raseduse vältel ravimata jäänud seropositiivne süüfilis, või kui emal oli sünnituse ajal esmase või teise süüfilise tunnuseid, kuigi vastsündinul peaksid puuduma süüfilisnähud (need võivad ilmsiks tulla kuude ja aastate pärast). Seejuures toimub haigusnähtudega ja ilma nendeta imikute ravimine ühesuguselt.

3) Samaselt toimetatakse siis, kui ema vereproov on negatiivne, aga teda on varem ravitud puudulikult ja raseduse ajal üldse mitte, eriti veel siis, kui emal varem oli süüfilisest põhjustatud aborte või ta on sünnitanud süüfilishaigeid lapsi ja ta käesoleva raseduse ajal on jäänud ilma süüfilisevastase ravita. Last peab tingimata ravima ka siis, kui tal on positiivne WaR, aga puuduvad teised kindlad süüfilise tunnused ja ema WaR on negatiivne. Mainitud juhtudel peab ema oma last imetama ise, aga mitte terve amm. Küll võib last toita terve amme rinnast lüpsitud piimaga.

Lapsevoodi vältel ravitakse süüfilishaiget ema ainult vismutiga, tarbe korral ka joodiga, aga mitte arsenobensooliga, mida äsjasünnitanu talub halvasti. Lapsevoodi järel võetakse arsenobensool küll kohe tarvitusele.

4) On ema süüfilisest nakatumisest möödunud palju aastaid, tema vereproov negatiivne ja teda on varem hästi ravitud, kuid raseduse vältel üldse mitte, tuleb lapsele peale sündimist kohe teha profülaktiline raving *Spirocid*'i või *Stovarsol*'iga (10—12 g), ka siis, kui lapsel puuduvad süüfilise tunnused.

Et on teada juhtumeid, kuigi väheseid, kus ainult enne rasedust hästi ravitud ja ilma kliiniliste ning seroloogiliste süüfilisnähtudeta emad ometi sünnitasid haige lapse, siis nõuab osa arste iga vastsündinu ravimist mitmekuuriulise raviviisi järgi ka neil juhtudel, kui vastsündinu varem küllaldaselt ravitud ema jäi ravimata raseduse ajal. Spetsiifilise ravi teostamine osutub palju tähtsamaks raseduse vältel kui enne rasedust, kuid kõige paremini kindlustab terve lapse sündimist muidugi süüfilist põdenud ema täiuslik ravimine enne rasedust ja ka selle vältel.

Kui varem hästi ravitud ema ei lase ennast raseduse ajal ravida, siis tehtagu talle vereproove iga 1—2 kuu järel. Kui seejuures üksainuski vereproov osutub kas või möödaminevalt positiivseks, peab

vastsündinut kohe ravitama mitmekuuriilise või katkestamatu ravi viisi järgi ja niisama energiliselt kui teisi süüfilishaigeid lapsi.

Vastsündinute ravimine katkestamatu ravi viisi järgi annab kuni 100% täielist tervistumist, ka siis, kui lapsel ilmale tulles oli süüfilise nähte. Jäävad aga kõik emale tehtud vereproovid negatiivseks, tehakse lapsele eeltoodud profülaktiline raving (10—12 g *Spirocid*'i).

Ka varem hästi ja raseduse ajal mitte sugugi ravitud emad peavad ise oma last imetama või toitma neid tervelt ammelt lüpsitud piimaga. Kui last imetab amm, siis jäägu arsti kontrolli alla ka tema, nagu jääb igal juhul laps.

5) On ema süüfilis ammuaegne ning puudulikult ravitud ja teda saadi ravida ainult raseduse teisel poolel, peab sünnitamisel uuritama nabaväti ja nabaveeni verd. Kui viimasega tehtud WaR on positiivne, siis tõestab see nii emal kui ka lapsel süüfilise olemasolu, mis nõuab mõlemal otsekohest hariliku spetsiifilise ravi ettevõtmist. Negatiivse WaR-i puhul tehtagu vastsündinule vaid profülaktiline raving.

Kui pole saadud uurida nabaveeni verd ja emale hiljem tehtud WaR osutub positiivseks, kliiniliselt terve lapse oma aga negatiivseks, tehakse lapsele tugevam profülaktiline raving. Tavaliselt piisab selleks ühest *Spirocid*'i- (*Stovarsol*'i-) kuurist (13—20 g) 9—10 nädala vältel.

Teised arstid nõuavad, et sääraseid lapsi, kellede positiivsete seroreaktsioonidega emasid raseduse vältel puudulikult raviti, tingimata ravitaks harilikus korras.

6) On ema süüfilisse nakatumisest möödunud palju aastaid ja teda on küllaldasel määral ravitud raseduse vältel (kas katkestamatu ravi viisiga või kahe kombineeritud energilise ravinguga — üks raseduse alguses, teine 1—2 kuud hiljem), jääb laps vaid arsti järelevalve alla.

Osa eriti ettevaatlikke arste (Carle, Boeck, Welandar jt.) nõuab iga lapse tingimusteta ravimist, kelle ema on kunagi süüfilist põdenud, kuigi see ema ennast hästi ravis ka raseduse ajal ja vastsündinul puuduvad igasugused süüfilise tunnused.

Enamik arste aga ei nõustu selle nõudmisega, soovitades säärase emade lapsi ravile võtta vaid täpse diagnoosi saamisel või toimetada neile peale sündimist ainult kergelt profülaktilist ravi *Spirocid*'iga (3—6 g) kolme kuu vältel.

7) Kui ema nakatus süüfilisse lühikest aega enne rasedust või selle alguses ja tema ravi alustati otsekohe ning seda toimetati kat-

kestamatult kogu raseduse vältel (mis hoiab kõige paremini ära loote nakatumise emast) või talle teostati 2—3 kombineeritud ravin-gut, siis tehakse lapsele tugevam profülaktiline (preventiivne) kuur, mis on talle emaihus saadud ravi jätkamiseks. Kui võib arvata, et laps jäi ema rasedusaegse ravi toimet terveks, ei lasta emal põhimõtteliselt oma last ise imetada, vaid last toidetagu tervelt ammelt lüpstud piimaga.

8) Kui ema nakatus süüfilisse lühikest aega enne rasedust või selle alguses, kuid tema ravimist alustati alles peale 5. raseduskuud, peab last ja ema kohe peale sünnitust harilikus korras edasi ravima, sõltumata sellest, kas lapsel on süüfilise tunnuseid või mitte.

9) Kõik teised kliiniliselt ja seroloogiliselt terved lapsed, kellede üks või mõlemad vanemad on kunagi süüfilist põdenud, jäetakse arstliku kontrolli alla kuni sugulise küpsuse saabumiseni, tehes neile vereproove esimesel aastal 3—4 kuu tagant ja edaspidi üks kord aastas. Mõnikord avaldub kaasasündinud süüfilis alles sugu-küpsuse perioodil, mil toimub seni peidus olnud nakkuse reak-tiiveerumine.

Eeltoodust nähtub, et vastsündinu spetsiifilist ravi alustatakse mõnikord isegi siis, kui temal pole süüfilist kindlaks tehtud, mis on loobumine üldreeglist „ilma kindla diagnoosita ärgu olgu süüfi-lise ravi“. Eeltoodus oli aga ka mainitud, et kaasasündinud süü-filise varajane äratundmine tekitab mõnikord suuri raskusi ja see-pärast ongi teatud kahtluse korral lubatud vastsündinu profülak-tilise või hariliku spetsiifilise raviga alata ka ilma kindla diagnoo-sita, kuna ravi ettevõtmisega hiline mine vägagi raskendaks lapse tervistumist. Just varajane energiline ja süste-maatiline ravi kindlustab kõige paremini haige lapse normaalset kehalist ja vaimset arene-mist, nii et temast võib võrsuda igas suhtes täisväärtuslik isik.

Kaasasündinud süüfilise tegelikkude ravi toi-metatakse samadel põhimõtetel ja samade ravimitega kui täiskas-vanute süüfilise puhul, vähendades vaid ravimite annuseid vasta-valt lapse elueale ja kehakaalule. Ka ravimite tarvitamise viisid on mõlematel ühesugused. Ravimeid peab tarvitama igal juhul küllal-daselt pika aja vältel. Ilma haigussümptomideta või näilikult ter-ved imikud taluvad spetsiifilist ravi niisama hästi kui ilmselt haiged vastsündinud. Üldiselt on kaasasündinud süüfilise nähtudega laste

ravimine raskem kui omandatud süüfilise puhul, ja nimelt haigusest tunduvalt rohkem nõrgestatud organismi ja mitmesuguste kehaliste puuete tõttu.

Ka lapsi ravitakse katkestamatu ja vahelduva raviviisi järgi, igal juhul karmilt individualiseeritult. Kõige olulisema tähtsusega on arstimate õige doosimine. Mõned lapsed, eriti kurtunud, taluvad väga halvasti teistele lastele tavalisi ravimite annuseid, mispuhul peab viimaseid vähendama või ühte ravimit asendama teisega või muutma ravimi organismisse sisseviimise viisi. Selleks on ka palju ravimite kasutamise viise.

Et kasvava organismi ainevahetus on intensiivsem, siis toimub lastel ravimite imendumine ja eritumine palju kiiremini kui täiskasvanuil, mispärast imikud ja väikelapsed taluvad viimastest võrdlemisi palju suuremaid doose, eriti arsenobensooli omi. Et ühevanuste laste kehakaal on vägagi erinev, ei tohi arstimate annuseid kunagi arvestada ainult lapse eluea, vaid ühtlasi ka tema kehakaalu järgi, sest mõlemad tegurid on ühevõrra tähtsad.

Alljärgnevas käsitleme ravimist vaid vahelduva raviviisi järgi, sest Eestis katkestamatut raviviisi peaaegu üldse ei kasutata.

Kaasasündinud süüfilisega laste ravimisel osutub kõige väärtuslikumaks ravimiks *a r s e n o b e n s o o l*, ilma milleta ei tohi nüüdsel ajal toimuda ühegi lapse süüfilise ravi. Arsenobensooli toime on hea ja kiire mitte ainult kliinilistele nähtudele ja seroreaktsioonidele, vaid ka haige lapse üldseisundile (kehakaalu tõus). Arsenobensoole süstitakse lastele veenisisesi (verre), lihastesse ja nahaalusi, millistest viisidest kõige otstarbekam on esimene — verre süstimine (imikuile kolju- ehk jugulaarveeni). Lihastesse süstimisega kaasikäiva valulikkuse muudavad vastavad amiidopüriini annused täiesti talutavaks. Eriliselt lihastesse süstimiseks uuemal ajal valmistatud arsenobensooli-preparaadid (solusalvarsaan jt.) ongi väga vähe valusad.

Imikuile ja alla 2 aasta vanustele süstitakse esimese ja teise üksikannusena 0,01 g arsenobensooli kehakaalu kilogrammi kohta, tõstes seejärel annuse 0,02—0,03 g-ni. Lastele 2.—5. eluaastani antakse üksikannusena 0,02 ja üle 5 aasta vanustele mitte rohkem kui 0,01 g keharaskuse kilogrammi kohta. Muidugi peab seejuures arvestama ka ravimi talutavust lapse poolt. Mida vanem on laps, seda ettevaatlikum peab olema doosimisega. Mõned annavad lastele kuni 3. eluaastani 0,015 g arsenobensooli kehakaalu iga kilogrammi kohta ja peale 3. eluaastat vaid 0,01 g. Algul peab

raviga olema ettevaatlik, sest haigus võib halveneda ja lõppeda lapse surmaga. Et süüfilishaigel lapsel on külluses leiduvate spirohheetide pärast alati oodata tugevat spirohheetset palavikku ja Herxheimeri reaktsiooni, on vajalik süüfilisnähtudega laste ravi alati alustada vismuti või elavhõbedaga; alles nende 2—3 süste toimetamise järel võetakse juurde arsenobensool. Arsenobensooli esimene üksikannus olgu poole väiksem tavalisest, lahustatud nagu kõik annused 3 ccm steriilses vees. Arsenobensooli süsteid tehakse ravigu kohta 8—10—12, vaheaegadega 3—4 päeva. Nõrkadel lastel võib esimene raving koosneda ainult *Spirocid*'ist või *Stovarsol*'ist.

E. Hoffmann süstib arsenobensooli 2 korda nädalas ja seda üheaegselt vismutiga. Umbes 3 kilogrammi raskele imikule süstib ta arsenobensooli esimese annusena 0,015 g, teise annusena 0,02 g, kolmanda annusena 0,03 g ja selle järel kõik edasised annused à 0,045—0,075 g, vastavalt lapse taluvusele. Kokku teeb ta 5—6 nädala vältel 10—12 süstet arsenobensooli, üldannusena 0,38—0,62 g. 4—5-nädalase vaheaja järel algab uus samaviisiline raving.

Väikelapsele 8—10 kilogrammi raskusega on esimene arsenobensooli annus 0,045 g, teine 0,075 g, kolmas 0,1 g ja kõik edasised à 0,15 g. Kokku jällegi 10—12 injektsiooni 5—6 nädala vältel, üldannuses 1,27—1,57 g.

Mõned ravivad kaasasündinud süüfilisega lapsi ainult arsenobensooliga, süstides seda üks kord nädalas à 0,02 g keharaskuse iga kg kohta 12 nädala vältel. 4—5-nädalase vaheaja järel korratakse sama. Teisest eluaastast peale antakse 0,015 g arsenobensooli kilogrammi kohta ja alates 4. eluaastast 0,01 g. Sääraseid ravinguid tehakse 6—8. Vismutit ja elavhõbedat kas üksikult või koos arsenobensooliga annavad nad vaid aordi ja närvisüsteemi haigestumise korral.

Teised jälle nõuavad, et kõik ravingud olgu kombineeritud, kusjuures vahelduvalt kasutatakse arsenobensooli-vismuti- ja siis arsenobensooli-elavhõbedakuure, tarbe korral ka *Spirocid*'i üksinda või koos vismutiga või elavhõbedaga. *Spirocid*'i tarvitamise ajal ei tohi samaaegselt süstida arsenobensoole. Ravingute vaheajad olgu lühikesed, 5—6 nädalat, kui lapse tervislik seisund seda vähegi lubab.

Vismutit tarvitatakse nüüdisajal kaasasündinud süüfilise raviks palju sagedamini kui elavhõbedat, sest selle süsted on peaaegu valuta ja see annab ka vähem ebasoovitavaid kõrvalnähte. Esimese kahe kuuri ajal tulebki arsenobensooli kõrval eelistada vis-

mutit ja edaspidi teda tarvitada vahelduvalt elavhõbedaga. Lapsed taluvad teda niisama hästi kui arsenobensoole. Süstitakse 2 korda nädalas 0,002—0,003 g metallilist vismutit keha kilogrammi kohta ja seda arsenobensooliga ühel või erineval päeval. Nii tuleks *Bismogenol'*ist või *Bismutin'*ist, millede 1 ccm suspensiooni sisaldab 0,06 g metallilist vismutit, anda 3 kilogrammi raskusega lapsele üksikannusena 0,1 ccm (esimene annus olgu siiski poole väiksem). 10 süste kohta tuleks niisiis süstida 0,95 ccm ja 12 süste kohta 1,15 ccm *Bismogenol'*i, s. t. 0,07 g metallilist vismutit. 8—10 kilogrammi raskusega lapsele antakse näiteks *Bismogenol'*i või *Bismutin'*i esimese annusena 0,15 ccm ja edaspidi kõik 9—11 annust à 0,33 ccm ($\frac{1}{3}$ ühekuubikulisest süstlast), mis teeb üldannusena 10 süste kohta 3,15 ccm suspensiooni ja 12 süste kohta 3,8 ccm (0,23 g metallilist vismutit).

10—14 aasta vanustele lastele antakse üksikannusena 0,4—1 ccm (0,04—0,06 g metallilist) vismutit ja arsenobensooli 0,3—0,45 g, arvestades nende kehakaalu ja arstimate talutavust. Esimesed annused olgu poole väiksemad. Mõlemaid arstimeid süstitakse kas ühel päeval või vismutit igal 3-ndal ja arsenobensooli igal 4—5-ndal päeval. Mõnes kliinikus antakse juba 3—5-aastasele lapsele üksikannusena 0,75—1 ccm *Bismogenol'*i ja 0,3 g neosalvarsaani, üldannusena üheks ravinguks 10—11 ccm *Bismogenol'*i ja 3,6 g neosalvarsaani.

Elavhõbedat tarvitatakse laste süüfilise raviks halli salvi ja süstete kujul. Omal ajal tarvitatud elavhõbedaaaur, sublimateid ja pärasooleküünlad (suposiidid) on nüüd nende nõrga ja ebakindla toime pärast ära jäetud, samuti ka elavhõbedapreparaatide tarvitamine suu kaudu. Ainult nõrkade imikute puhul, kui neil on süüfilisest raskesti vigastatud siseelundid, on ravimist hea alustada kalomeli sissevõtmisega. Aga ka seal alustatakse energilist ravi süstetega (elavhõbe või vismut lihastesse ja arsenobensool verre või lihastesse) niipea, kui laps hakkab kehakaalus juurde võtma, mis toimub korraliku toitumise puhul mõne päeva pärast. Kui aga kalomeli mõnepäevase sissevõtmise järel lapse jõud siiski nõrgeneb ja kehakaal langeb, tuleb katsetada viimase abinõuna ainult arsenobensooli süstimisi verre, mis on lootusetu juhtudel päästnud veel mõnegi lapse elu. Halli elavhõbesalvi nahasse hõõrumise on süstitavad ja *Spiroid'*i-taolised preparaadid teinud peaaegu üleliigseks. Salvi tarvitatakse peamiselt maaoludes, kui arst elab kaugel, ja ka ravi lõpul nn. kindlustuskuurideks, et alal hoida juba saavutatud

ravitulemusi. Esimesel eluaastal laste ravimiseks nende naha õrnuse ja kergesti tekkivate tüüstuste pärast (nahapõletik, mädavistrikud ja paised) salvi ei tarvitata. Ühel päeval sissehõõrutava halli salvi hulk on 0,1—0,15 g salvi lapse kehakaalu ühe kilogrammi kohta. Tavaliselt hõõrutakse nahasse 1—3 aasta vanustele lastele $\frac{1}{4}$ täiskasvanu üksik- ja üldannusest, lastele 3—6 aastani $\frac{1}{3}$, 6—10 a. vanustele $\frac{1}{2}$, 10—16-aastastele $\frac{3}{4}$ ja üle 16 aasta vanustele täis üksikannus (4 g). Ühe ravigu üldannuseks on 30—40 hõõrumist. (Halli salvi ja teiste ravimite tarvitamisest vt. veel ptk. „Süüfilisevastased ravimid“, lk. 150.) Üldiselt taluvad vanemad lapsed halli salvi nahasse hõõrumisi hästi.

Elavhõbeda lahustuvaid ja lahustumatuid soolasid süstitakse lihastesse, arvestusega 0,001 g soola kehakaalu iga kilogrammi kohta ühe süste jaoks. Kiire abi vajadusel raskemate haigusnähtude puhul süstitakse l a h u s t u v a i d elavhõbedasoolasid, mis küll kiiresti erituvad, kuid selle eest ka kiiremini oma töö teevad. Esimeseks raviguks on igatahes parem tarvitada mõnd lahustuvat preparaati ja edaspidi, vahepealse vismuti tarvitamise järel, lahustumatuid elavhõbedapreparaate, millede toime on aeglasem, kuid selle eest tugevam ja kauem kestab. Kalomelilahuseid lastele ei süstita, sest see tekitab sageli raskeid mädanikke ja nekroose.

L a h u s t u v a i d elavhõbedapreparaate (1—2%) süstitakse igal 3. päeval, ravigu kohta 15—20 süstet; 3—5—10%-lise elavhõbedasisaldusega l a h u s t u m a t u i d preparaate süstitakse igal 4.—5. päeval, raviguks 10—12 süstet. Üksikannuse hulk sõltub igal juhul lapse kehakaalust (vt. ka lk. 225).

Elavhõbeda tarvitamise kõrvalnähud on lastel samad kui täiskasvanuil, kuid esinevad harvemini ja mööduvad kiiremini. Igemete põletikku (stomatiiti) ei ilmne imikuil kunagi, vanemal lastel tekib see harva. Ravi ajal peab hoolega jälgima neerude ja soolte tegevust, kehakaalu ning vere koosseisu ja hoolitsema suuõõne puhuse eest (kuristamised boori või vesinikülihappendi vesilahusega).

J o o d i p r e p a r a a t e, peamiselt kaaliumjodaati (1—2 g päevas), antakse vaid vanemaile, eriti hilise kaasasündinud süüfilisega lastele, kui neil esinevad süüfilise kolmanda järgu nähud (gummad, luude vigastused jne.). Alla kaheaastastele lastele joodi tavaliselt ei anta.

Spirocidi tüüpi preparaadid oleksid ideaalsed ravimid laste süüfilise arstimisel, kui neil poleks nõrka toimet seroreaktsioonidele.

Neid tarvitatakse peamiselt alla ühe aasta vanuste laste raviks ja väga mitmekesiselt — ühed annavad neid üsna väikestes annustes ravigu kohta (4—6 g), teised keskmistes (13—25 g) ja kolmandad väga suurtes, maksimaalseis annuseis (40—55 g). Tablett (à 0,25 g) või vastav osa sellest ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$) purustatakse peeneks ja antakse lapsele sisse koos ema- või keedetud lehmapiimaga 1—3 korda päevas. Ühed annavad tablette tühjale kõhule ($\frac{1}{2}$ tundi enne söömist), teised jälle ainult pärast sööki. Suuremaid annuseid võibki tarvitada vaid täiskõhule. *Spirocid*'i tarvitamise ajal on parem hoiduda hapust toidust ja joogist.

Osarsol'i (*Spirocid*'ile vastav preparaat) (vt. lk. 173) antakse 0—6 kuu vanusele lapsele ravigu kohta 4 g, 6—12 kuu vanusele lapsele 6 g, 1—2-aastastele lastele 8 g, 2—5-aastastele 10 g, ja seda seeriata viisi à 8 päeva (5 päeva arstimi tarvitamist ja 3 päeva puhke- aega). Venelased tarvitavad seda preparaati igas elueas haigete jaoks, ka täiskasvanute raviks, kuid peamiselt siiski neil juhtudel, kus arsenobensooli süstimised pole kas halva talutavuse, halbade tõmbsoonte või maal arstiabi kauguse tõttu läbiviidavad (vt. ka lk. 224).

Lust Saksamaal annab lapsele esimeseks raviguks $9\frac{1}{2}$ nädala vältel (ravimi iga 3-päevase tarvitamise järel 1 päev puhkust) 13,5 g *Spirocid*'i. Prof. E. Hoffmann annab kuni 5 kg raskele lapsele 8 nädala vältel 19—25 g *Spirocid*'i ja seda ilma puhkepäevadeta ning üle 10 kilogrammi raskusega väikelapsele 22—34 g ravigu kohta. Mõned arvestavad üldannuseks ühe (eriti profülaktilise) ravigu kohta nii mitu grammi *Spirocid*'i, kui mitu kilogrammi kaalub laps. Prof. Müller Berliini lastehaiglast aga annab süüfilisnähtudega imikuile ja kuni ühe aasta vanustele väikelastele nn. varajaseks raviks 40—55 g *Spirocid*'i (160—220 tabl. à 0,25 g) ravigu kohta, mis vältab 94 päeva (arstimi iga 10-päevase tarvitamise järel 4 päeva puhke- aega, seega 7 à 10 päeva kestvat raviperioodi ja 6 à 4 päeva kestvat puhke- aega). Tablette annab ta vaid pärast sööki, ühetasaselt ärajagatuna päeva kohta. Säärase varajase maksimaalse raviguga saab Müller süüfilishaigeil imikuil ja alla ühe aasta vanu- seil väikelastel peaaegu 95% tervistumist. Ainult *Spirocid*-refrak- taarsed lapsed (5%) vajavad veel edasist ravi.

Sõltuvalt sääraseist üksteisest vägagi erinevaist kasutamiskiisi- dest on kliinilised ja seroloogilised ravitulemused *Spirocid*'i tarvita- misel lahkuminevad. Suuremad annused annavad paremaid taga- järgi, kuid neid saab tarvitada ainult ravimi hea talutavuse korral.

Üldiselt taluvad lapsed *Spirocid*'i hästi ja ilma halbade kõrvalnähtudeta, milledeks osutuvad palavik, tugev kõhulahtisus, okse, lööbed nahal ning naha sügelemine. Nende esinemisel tuleb ravimi tarvitamine kohe katkestada, et seda mõne aja pärast uuesti alustada, kuid siis juba väiksemais annuiseis.

Spirocid-ravinguid tehakse tarviduse järgi vaheaegadega 3—5 nädalat. Ravinguks tarvitatakse *Spirocid*'i kas üksi või kombineerides halli elavhõbesalvi nahasse hõõrumistega või vismuti süstimistega. Kunagi ei tohi *Spirocid*'i tarvitamise ajal samaaegselt süstida ka arsenobensooli. Lapse vanemaks saamisel on vajalik *Spirocid*'i tarvitamist asendada teiste spetsiifiliste vahendite süstimistega. *Spirocid*-ravi alustatakse alati väikeste üksikannustega päeva kohta ja suurendatakse neid siis ettevaatlikult vastavalt lapse taluvusele. Eriti ettevaatlik peab olema raskesti haigete imikute juures ja suuõõne limanaha marrastuste ning mao-soolte haavandite puhul, sest siis varitseb mürgistusohu, eriti kesknärvisüsteemi suhtes. Suuõõne haavandite puhul tuleb ravim ruttu alla neelata ja siis rohkesti vett juua, sellega suuõõnt ühtlasi kuristades.

Spirocid'i tarvitamine on keelatud kurtumuse, mittesüfiliitiliste maksahaiguste, palavikuga kulgevate ägedate nakkushaiguste ja *Spirocid*'i mittetalutavuse puhul (vt. lk. 174).

Spirocid'i toimel kaovad välised varase kaasasündinud süüfilise nähud kiiresti, imikuil sageli mõne päevaga ja väikelastel 1—1½ nädalaga, mõne nädala vältel ka gummad, eriti kurgus, kõris ja söögitorus, kus *Spirocid*'i üldtoime ühineb tema paikse toimega. Varsti avaldub *Spirocid*'i hea mõju ka lapse üldseisundile, isule ja kehakaalule. Mida varemalt, s. t. lapse noorem olles algab ravi *Spirocid*'iga, seda paremad on kliinilised ja seroloogilised tulemused. Hilja ettevõetud, lohakile jäetud ja hilise kaasasündinud süüfilise juhtudel on ravitulemused *Spirocid*'iga ebarahuldavad. Tema toime osutub siis nõrgaks eriti seroreaktsioonidele.

Ravi ajal peab hästi hoolitsema lapse toitumuse ja puhtuse eest. Ravimise kõrval omavad suurt tähtsust üldtervishoiulised elutingimused, hea toitumus, rohke puhkus, palju värsket õhku. Kui imik ei ole süüfilisse nakatatud omaenda emast, vaid mõnest teisest isikust, peab teda toidetama väljalüpstud emapiimaga, sest kui ema ise last imetaks, nakatuks ka tema. Süüfilishaiged imikud on vähem elujõulised ja hukuvad sageli juhuslike haiguste tagajärjel, mis pärast nad vajavad veel enam emapiima kui teised lapsed, või lehmapiiama asemel vähemalt keedetud ammpiima ja alalist arsti järele-

valvet. Kogu ravi vältel peab tervise kahjustamise ärahoidmiseks hoolega jälgima lapse kehakaalu ja neerude olukorda (kuseanalüüsid üks kord nädalas).

Süüfilisevastase ravi varasel alustamisel, s. t. varsti peale lapse sündimist, piisab kaasasündinud süüfilisega imiku või väikelapse tervistamiseks tavaliselt 3—5 tugevast kombineeritud ravigust, mis teostatakse 1—1½ aasta vältel. Vajalik on seejuures tarvitada maksimaalseid üksik- ja üldannuseid, mida laps talub. Igal juhul tuleb eelistada kombineeritud süstetega ravimist sissevõetavaile ravimeile.

Vanemaid lapsi peabki alati ravima kombineeritult arsenobensoolide, vismuti ja elavhõbeda süstetega. Ainult neid vanemaid lapsi, kes sugugi ei talu arsenobensooli või kel on raskesti vigastatud süda või aort, võib ravida *Spirocid*'iga; halvad tõmbsooned ei ole lihastesse süstitavate arsenobensoolide (solusalvarsaan jt.) leiu- tamisest saadik enam *Spirocid*'iga ravimise põhjuseks. Arsenobensoolid ongi palju vähendanud *Spirocid*'i tarvitamist. Kui lapse tervislik seisund pole algusest peale väga halb, on parem ravi igal juhul kohe alustada vismuti ja arsenobensooli süstetega. Küll võib *Spirocid*'i tarvitada lõppkuurideks, et kindlustada juba saavutatud ravitulemusi. Varase süstete-ravi korral muutuvad seroreaktsioonid negatiivseks tavaliselt esimese ravigu lõpul või teise vältel, millele järgneb siis kahe, soovitatavalt veel kolme kindlustuskuuri toimetamine. Vereproovi (WaR) tehakse iga ravigu järel ja uue ravigu eel. Kui lapse ravi alustatakse aastate möödumisel või ka 2.—3. eluaastal, siis ei piisa tervistamiseks sageli 3—5 ravigust. Muidugi ei ole siis võimalik ravi kestust ja ravigute arvu ette määrata.

Kui WaR 3—4 raviguga ei muutu negatiivseks, võib abiks võtta malaariat, mis on tingimata tarvilik juhul, kui lapse liikvor on samaaegselt positiivne. Malaariale järgnevad kohe uued spetsiifilised kombineeritud ravigud. Kui on võimatu ette võtta malaariaravi, muudetakse ravi ning ravimite tarvitamise viisi ja võetakse abiks ebaspetsiifilisi vahendeid. Ravigute arvu otsustavad siis edasised seroloogilised andmed.

Mida vanemaks saab laps või mida hiljem algab tema ravimine, seda raskem on muuta positiivset WaR-i negatiivseks. Kui kaasasündinud süüfilisega lapsel on WaR 10-aastaselt veel positiivne, saab seda vaid harva muuta negatiivseks. Siis toimitakse nii, nagu

see on ette nähtud resistentse süüfilise puhul. Ühtlasi tarvitatakse ka organismi tugevdavaid vahendeid (raud, fosfor jne.) ja kalomeli süstimisi.

Kui on võimatu vahepeal toimetada liikvori analüüsi ja lapsel WaR vereseerumiga muutus juba esimese ravigu järel negatiivseks, jäädes säärasena pidevalt püsima, siis katkestatakse kolmanda ravigu järel edasine ravi 3 kuuks, toimetades peale seda vere provotseerimist arsenobensooliga (süstitakse verre lapse kehakaalule vastavast annusest $\frac{1}{2}$). Kui WaR ka selle järel jääb negatiivseks, teostatakse ettevaatuse pärast 6—12 kuud hiljem veel üks energiline kombineeritud süstete raving, mille järel laps jääb 2—3 aastaks kontrolli alla. Kontrollaja vältel tehakse vereproovi algul iga 1—2 ja hiljem iga 3—4 ja siis iga 6 kuu tagant. Muutub aga WaR provokatsiooni järel positiivseks, jätkub spetsiifiline ravi harilike põhimõtete järgi. Siis tõuseb ravingute üldarv 6—8-ni ja enamgi.

Prantslased tarvitavad kaasasündinud süüfilisega laste ravimisel arsenobensooli ja vismutit ning elavhõbedat enamasti lahus, eriti nõrgemate laste puhul. Nad süstivad kahe nädala vältel lihastesse vismutit või elavhõbedat või hõõruvad nahasse halli salvi, millele järgneb üks nädal puhkust. Siis süstitakse verre või lihastesse kahe nädala vältel arsenobensooli, millele järgneb jällegi 1 nädal puhkust. Siis uuesti 2 nädalat vismutit või elavhõbedat jne. Ühe ravigu ajal tarvitatakse arsenobensooli ja vismuti kombinatsiooni, teise ajal arsenobensooli ja elavhõbeda oma ja nõnda vahelduvalt edasi. Kui on saavutatud negatiivsed seroreaktsioonid, tehakse veel üks samasugune raving. Säärane ravi kestab kolm aastat. Lõpul toimub kindlustusravi 2 aasta vältel, millal tehakse halli elavhõbeõli süsteid (6—8 süstet ravigu kohta) või tarvitatakse *Stovarsol'*i tablette kahekuuliste vaheaegadega. Peale seda jääb laps mõneks aastaks seroloogilise kontrolli alla (vereproovid iga 6 kuu järel).

Mõnedes Prantsuse rinnalastekodudes ja haiglates ravitakse süüfilishaigete emade lapsi kuni 5. eluaastani, ka siis, kui lapsel puuduvad kliinilised ja seroloogilised haigusnähud. Nii hoolas ollakse üksikisikule, tema perekonnale, ühiskonnale ja riigile raske koormatise — puudulikult ravitud kaasasündinud süüfilise tagajärgede vältimisel.

Hilist kaasasündinud süüfilist ravitakse ühesuguselt täisealiste omandatud hilissüüfilise raviga, kus arstimeid tarvitatakse muidugi lapse elueale ja kehakaalule vastavais annuseis. Ka silma sarvkesta sügav põletik — *interstitsiaalne kera-*

tiit — paraneb küllaldaselt intensiivse kombineeritud ravi toimet hästi, kuigi aeglaselt.

Keratiidi ravimisel on suure tähtsusega tervishoiuline eluviis ja lapse hea toitumus. Ägedate nähtude puhul silmas on töötamine ravi vältel keelatud. Kroonilise interstitsiaalse keratiidi raviks tarvitatakse teiste spetsiifiliste vahendite kõrval ka joodi ja palavikning proteiinravi, mis on ägedail juhtudel keelatud.

Spetsiifilise raviga hilinemisel ei saada sageli enam soovitud tulemusi, kuid süüfilise üldravi peab ikkagi jätkama, et ära hoida süüfilise hilisnähte teistes elundites (kurdiks jäämist, nooruslikku paralüüsi, närvisüsteemi ja siseelundite haigestumist).

Kui lapsel keratiit areneb arsenobensooli ja vismuti tarvitamise ajal, siis on parem viimast asendada elavhõbedaga, mille lahustuvaid preparaate võib süstida ka verre. Eriti häid tagajärgi annab keratiidi ravimisel arstimate tarvitamine pikaldase pideva ehk katkestamatu raviviisi järgi.

Gummad paranevad tavaliselt ühe ravigu toimet, haiged liigesed 2—3 ravigu vältel.

Kaasasündinud süüfilisest tervistumise kohta annab lõppotsuse mitte pidev negatiivne WaR vereseerumis, vaid ainult liikvori analüüsi tulemus, mis ka peab olema negatiivne. Nagu eespool mainitud, peab nende mõlemate negatiivseks muutumise järel tegema veel 2—3 kindlustuskuuri lühikeste vaheaegadega.

Harilikult uuritakse seljaajuvedelikku üks aasta pärast üldravi lõpetamist, seroresistentseil juhtudel aga peale 4—5 ravigut. Raviga lõpulejõudmisel tehakse ka edaspidi aeg-ajalt seroloogilist kontrolli.

Novarsenol'i, Myarsenol'i, Osarsol'i, Bijochinol'i, Bismoverol'i
ja elavhõbeda-preparaatide kombinatsioonidega teostatava
süüfiliseravi skeem.

Novarsenol'i süstitakse 0,1 g öö-päeva kohta — üheks raviguks 4—6 grammi. Esimeste ravigute vaheajad ei tohi ületada ühte kuud; hilisemate ravigute vaheajad on 6—8 nädalat. Seejuures tuleb muidugi arvestada haigete üldtervislikku seisundit ja ravimi talutavust, mis võivad nõuda üksikannuste vähendamist ja vaheaegade pikendamist üksikute süstete ning ka ravigute vahel.

Novarsenol-vismüt-ravingud vahelduvad elavhõbe-*Novarsenol*-ravingutega. Elavhõbeda lahustuvaist preparaatidest tarvitatakse 2%-list sublimaadi- või *Hg. cyanatum*'i (*oxycyanatum*'i) lahust (kumbagi 20 inj. ravinguks) ja lahustumatuist elavhõbeda-preparaatidest 10%-list *Hg. salicyl.* ning kalomeli (12—15 inj.). Joodkaaliumi ja joodnaatriumi tarvitatakse üheks ravinguks 60—70 g.

I. Esmase seronegatiivse süüfilise ravi.

Toimetatakse 3 ravingut, *Novarsenol*'i 5,7 g ja *Bijochinol*'i 50—56 ccm (à 2—3—5 ccm süste kohta) üheks ravinguks. *Bijochinol*'i arvestatakse 1 ccm päeva kohta. Vismütit ja *Novarsenol*'i süstitakse eri päevadel. Sääraselt toimetatakse I ja III raving. II raving koosneb elavhõbedast ja *Novarsenol*'ist (20 ccm lahustuvat elavhõbedat ja 5,55—5,7 g *Novarsenol*'i). Iga raving vältab 53—56 päeva. Lahustuva elavhõbeda asemel võib anda 10%-list *Hg. salicyl.* 12—15 inj. (siis kestab raving 59—74 päeva). Ravingute vaheajad on ühekuulised. Naistele on *Novarsenol*'i üksikannus mitte üle 0,45 g ja üldannus üheks ravinguks mitte üle 5,0 g.

II. Esmase seropositiivse, teisese värske (*lues recens*), retsidiivse ja latentse süüfilise ravi.

Tehakse vähemalt kuus ravingut. Neil juhtudel, kus seroreaktsioonid püsivad esimese ravingu järel positiivsena, tehakse 8 ravingut.

a) I, III, V ja VII ravinguks saab haige 5,0—6,0 g *Novarsenol*'i ja 50—55 ccm *Bijochinol*'i või 20,5 ccm *Bismoverol*'i. Ravingu vältus on 56 päeva.

b) II ja VI ravinguks saab haige 5,0—6,0 g *Novarsenol*'i ja 12—15 inj. 10%-list *Hg. salicyl.* Ravingu vältus 57—72 päeva.

c) IV ja VIII ravinguks 5,0—6,0 g *Novarsenol*'i ja 20 inj. sublimaadi- või *Hg. cyanat. (oxycyanat.)* 2%-list lahust. Ravingu vältus 56 päeva.

Ravingute vaheajad on algul 1—1½ kuud, hiljem 1—2 kuud.

Alaliste närvivalude, pideva palaviku, *lues maligna*, varaste periostiitide ja süfiliidide puhul ühes massiivsete infiltraatidega tarvitatakse joodipreparaate suu kaudu sisse võttes (*per os*). Joodi on

soovitatav sisse võtta ka IV ning V ja V ning VI ravigu vahe-
aegadel.

Naistele on *Novarsenol*'i üksik- ja üldannused samad kui esmase
süüfilise seronegatiivse perioodi puhul.

III. Kolmandase (aktiivse ja latentse) süüfi- lise ravi.

Toimetatakse 6—8 ravigut. Nende ajal või ravigute vaheaega-
del tarvitatakse ka joodipreparaate.

I, III, V, VII II, IV, VI, VIII	} raving	on samased kui <i>lues II recens</i> 'i pu- hul, ainult <i>Novarsenol</i> 'i ülddoos üheks raviguks on väiksem (4,0— 4,5 g).

Maainimestele antakse *Novarsenol*'i ja *Bijochinol*'i või elavhõbe-
dat ka ühel päeval. Enne süstitakse *Novarsenol*'i ja siis 30 min.
hiljem, kui ei ilmu kõrvalnähte, *Bijochinol*'i või elavhõbedat.
Bijochinol'i esimene annus on 3 ccm, kõik edasised 5 ccm (2,5 ccm
kumbagi tuharasse); süstitakse igal 6. päeval (5 päeva vaheaega).
Elavhõbeda-salitsülaadi esimene annus on 0,5 ja kõik edasised à 1,0
ccm. Üldse teeb haige 11 visiiti, mis ajal saab kokku 53 ccm *Bijochi-
nol*'i või 10,5 ccm *Hg. salicyl.* ja 5,55 g *Novarsenol*'i (I annus —
0,3; II — 0,45 ja 8 × 0,6). Naistele I *Novarsenol*'i annus 0,3 ja edasi
9 × 0,45 = 4,35 g. Raving kestab 58 päeva.

Ühel päeval kahe ravimi süstimist ei või kasutada rasedate,
kurtunute ja nende isikute puhul, kellel on vastunäidustusi salvar-
saanipreparaatide tarvitamiseks.

IV. Närvisüsteemi ja siseelundite süüfilise ravi.

Närvisüsteemi ning siseelundite varast süüfilist ja neuroretsi-
diive ravitakse samasuguselt kui teisest retsidiivset süüfilist, aga
Novarsenol ja *Myarsenol* võetakse tarvitusele ainult pärast 6—8
vismuti või elavhõbeda süste toimetamist.

Närvisüsteemi ning siseelundite hiliste vigastuste puhul algab
esimene raving alati joodisoolade tarvitamisega 2—3 nädala vältel,
millele järgnevad vismuti või elavhõbeda süstimised. Edasistel
ravigutel tarvitatakse ka *Novarsenol*'i või *Myarsenol*'i, toimetades

ravimist kolmandase süüfilise ravi skeemi järgi, järk-järgult tõstes arsenobensooli annust (0,15—0,2—0,3—0,4). *Novarsenol'i* ja *Myarsenol'i* tarvitamine neil süüfilise hilisjuhtudel nõuab suurt ettevaatust ja nende üksikannus ei tohi kunagi ületada 0,45 g. *Novarsenol'i* ja *Myarsenol'i* asemel võib tarvitada ka *Osarsol'i*.

V. *Bismoverol'i* doosimine lastel.

E l u i g a	Üksikannus ccm	Ülddoos üheks ravinguks ccm
Kuni 3 kuud	0,1—0,3	2,2— 3,2
3 kuud kuni 1 aasta	0,1—0,3	3,2— 4,0
1 kuni 2 aastat	0,2—0,4	4,0— 4,8
2 kuni 5 aastat	0,3—0,6	6,0— 8,0
5 kuni 10 aastat	0,4—0,8	8,0—10,0
10 kuni 15 aastat	0,6—0,8	10,0—12,0

Bismoverol'i süstitakse lihastesisesi (tuharatesse) 3 korda nädalas ja üheks ravinguks tehakse kuni 20 süstet. Sama ravingu ajal süstitakse ka *Novarsenol'i* verre või *Myarsenol'i* lihastesse. Nende annused sõltuvad lapse kehakaalust ja üldtervislikust seisundist. Alla 3-kuulistele imikutele *Novarsenol'i* ja *Myarsenol'i* annused ei või ületada 0,15 g ja alla 10-aastastele 0,25 g.

VI. *Osarsol'i* doosimine.

E l u i g a	Üksik- annus	Päevane annus	Ühe ravingu annus
1 kuni 6 kuud .	0,05	$0,05 \times 2 = 0,1$	4,0
6 kuni 12 kuud .	0,05	$0,05 \times 4 = 0,2$	6,0
1 kuni 2 aastat .	0,1	$0,1 \times 3 = 0,3$ või $0,1 \times 4 = 0,4$	8,0
2 kuni 5 aastat .	0,25	$0,1 \times 4 = 0,4$ või $0,25 \times 2 = 0,5$	10,0
5 kuni 8 aastat .	0,25	$0,25 \times 2 = 0,5$	15,0
8 kuni 12 aastat	0,25	$0,25 \times 2 = 0,5$ või $0,25 \times 3 = 0,75$	20,0
12 kuni 16 aastat	0,25	$0,25 \times 3 = 0,75$	25,0
16 a. ja rohkem	0,25	$0,25 \times 4 = 1,0$	40,0

VII. *Novarsenol'i* (*Myarsenol'i*), *Bijochinol'i* ning elavhõbeda-preparaatide üksik- ja üldannused laste kaasasündinud ja omandatud süüfilise üheks ravinguks.

Novarsenol'i süstitakse 5.—7. päeval, *Myarsenol'i* samaselt. *Bijochinol'i* süstitakse igal kolmandal päeval (2 päeva vaheaega) ja lahustuvat elavhõbedat ülepäeviti (1 päev vaheaega). Halli elavhõbesalvi hõõrutakse iga päev, tehes iga 4—5 hõõrumise järel ühepäevase vaheaja.

Haigeid, kes alustasid ravimist süüfilise esmasest, seronegatiivses järjus, kontrollitakse pärast ravi lõpetamist 2 aasta vältel, mis aja jooksul toimetatakse seroloogilist uurimist iga 6 kuu järel.

Haigeid, kes alustasid ravimist esimese seroposiitvuse, teisese värske (*lues recens*) või teisese retsidiivse ja latentse süüfilise ajal, kontrollitakse 3 aastat. Kui haigel peale kuue ravigu saamist esineb kliiniline või seroloogiline retsidiiv, toimetatakse talle täiendavalt veel vähemalt 3 ravigut.

Haigeid, kes alustasid ravimist süüfilise kolmandasel aktiivsel perioodil või kolmandasel latentseroposiitvusel perioodil, kontrollitakse 3 aastat.

Seroresistentse süüfilisega haigeid kontrollitakse 5 aasta vältel, samuti ka kaasasündinud süüfilisega haigeid (kõik kujud).

Eluiga	<i>Novarsenol</i> (<i>Myarsenol</i>)		<i>Bijochinol</i>		1% <i>Hydrarg.</i> <i>oxycyanat.</i>		<i>Ung. Hydrarg.</i> ci- ner. simpl. hõorum.		Kalomel sisse võtta
	üksik- annus	üldannus	üksik- annus	üldannus	üksik- annus	üldannus	üksik- annus	üldannus	
Kuni 3 kuud . . .	0,05—0,15	kuni 0,8	0,3—0,75	6,0—8,0	0,2—0,3	3,0—5,0	—	—	0,005
3 kuud kuni 1 aasta	0,05—0,2	" 1,0	0,3—0,75	8,0—10,0	0,3—0,75	5,0—10,0	1,0	30,0—40,0	0,1—0,2
1 kuni 2 aastat .	0,05—0,2	" 1,25	0,5—1,0	10,0—12,0	0,5—0,75	10,0—15,0	1,5—2,0	40,0—60,0	3 × päevas pärast sööki
2 kuni 5 aastat .	0,1—0,2	" 1,5—2,0	0,75—1,5	15,0—20,0	0,75—1,0	15,0—20,0	1,5—2,0	40,0—60,0	üks pulber primaaga 4—6
5 kuni 10 aastat .	0,1—0,25	" 2,0—2,5	1,0—2,0	20,0—25,0	1,0	15,0—20,0	2,0—3,0	50,0—100,0	määrata vältel
10 kuni 15 aastat .	0,15—0,3	" 2,0—3,0	1,0—2,0	25,0—30,0	1,0	20,0—25,0	2,0—3,0	50,0—100,0	

Kontrollima peab igal juhul kliiniliselt, seroloogiliselt (ka liikvorit) ning tarbe korral röntgenoloogiliselt.

Süüfilisnähtude paikne ravi.

Paiksel ravil on üldravi kõrval ainult osaline tähtsus, kiirendades välisnähtude kadumist, mis omakorda vähendab haiguse levitamise võimalusi. Omajagu tähtsust on paiksel ravil selles mõttes, et ta hävitab kahkjaid spirohheete kättesaadavas pesitsemispaigas, seda enam, et paranenud ja kinnikasvanud süüfilise algkoldeis on elavaid spirohheete leitud veel kuude ning aastate pärast ja nad on põjustanud retsidiivnähtude tekkimist samal kohal.

Aastat 50—60 tagasi harrastati kõva paise väljalõikamist ja väljapõletamist, lootes seega ära hoida üldorganismi haigestumist, mis lootus aga ei täitunud. See vaid soodustas süüfilise latentseks muutumist ja tema nähtude tekkimist aastate pärast, millega kaotati parim aeg haige õigeaegseks üldravimiseks ja tervistamiseks. Teise süüfilise nähud tekkisid isegi neil juhtudel, kui operatsioon teostati mõni tund pärast suguühet. Mõnikord tekkis väljalõigatud šankri asemele veel suurem šanker. See näitab, et kahkjad spirohheedid võivad organismis laiali võlguda juba mõne tunni vältel pärast nakatumist (seepärast loetaksegi süüfilist tänapäeval üldhaiguseks juba mõne tunni, hiljemalt mõne päeva pärast peale nakatumist).

Võib ju nüüdki kõva paiset välja lõigata või elektriga välja kõrvetada, kui ta asetseb soodsal kohal (suguti nahal, munandikotil jne.), kuid ainult selleks, et võimalikult kiiremini kõrvaldada kahkjate spirohheetide suurimat kollet või kõva paise tekitatud fimooši (eesnaha kitsust). Tingimata tarvilik see igatahes ei ole.

Üldiselt tarvitatakse esmashaavandi söövitamist karboolhappega või 10%-lise jooditinktuuriga. Kõvale paisele, mis eritab vedelikku, asetatakse kalomelipulbrit, mis vereseerumist eralduva keedusoola abil muutub tugevasti desinfitseerivaks sublimaadiks. Ka võib haavandit enne kalomelipulbri pealeraputamist niisutada hariliku keedusoola lahusega (1 noaotsatäis soola 20—30 ccm vee kohta). Valu-tava kõva paise võib katta *Anaesthesin*'i pulbriga ja seejärel 30%-lise kalomelisalviga.

Kõige paremini hävitab kahkjaid spirohheete esmashaavandis arsenobensooli pulber või selle 10%-line lahus.

Esineb esmashaavandi puhul ka suguti eesnaha äge põletik ja paistetus, siis võib kasutada külmi äädika- või Burow' vedeliku mähiseid ja loputada eesnahaalust põrgukivi- või sublimaadilahusega (1:1000). Punetuse ja turse kadumisel tehakse 2—3 korda päevas kuumi paikseid vannitamisi boorveega või kaaliumpermanganaadi-lahusega (1:4000). Kusitis asetsevat esmashaavandit ravitakse 10%-lise kalomelipulgakese (3 cm pikk ja 3 mm paks) sisseviimisega kusitisse või 1—2%-lise valge elavhõbesalvi tampoonidega iga kusemise järel. Kui esmashaavandi armistumise tagajärjel tekib kusitis kitsend ehk striktuur, siis vajab see kusiti venitamist metallbüüiga ehk sondiga. Siis on head ka kuumad paiksed vannitamisid, nagu kusiti avause ääres asetseva esmashaavandi kõvaks muutumise (induratsiooni) korralgi. Kuumi vanne või mähiseid tehakse väljakujunenud sklerootilisele 2 korda päevas à ½ tundi, mille järel ta kaetakse elavhõbeplaastriga.

Kõva paise esinemisel päraku äärel tuleb hoiduda kõhukinnisusest ja haavand katta enne roojamist boorvaseliiniga ja peale seda pesta boorveega. Puhashoidmine on tähtis ka selleks, et vältida seganakkuse juurdetulekut, mis võib põhjustada mädanikku ja koelagunemist. Gangreeni ja koelagunemise korral jäägu haige voodisse ja kõrvaldatagu kõik mädanemat haavandit ärritavad tegurid. Algul tuleb teha vaid kaaliumpermanganaadi vanne või selle 10%-lise lahusega mähiseid, hiljem tarvitada perhüdroolisalvi ja jodoformipulbrit. Paranevale haavandile tekkivat koorikut ei tohi vägivaldselt kõrvaldada, sest see võib põhjustada tugevat, isegi ohtlikku verejooksu. Kuivanud koorik või nahaga kaetud esmashaavand tuleb katta vaid elavhõbeplaastriga.

Leemendavaid paapuleid ravitakse samaselt esmashaavandiga, niisutades neid nõrkade desinfitseerivate vahenditega ja puuderdades kalomeliga. Nende toimingute järel peab haige põhjalikult desinfitseerima oma käsi sublimaadilahusega (1:1000). Laiadele kondüloomidele allkehal tehakse ka 2—3 korda päevas sooje istevanne, veele juurde lisades mõne grammi sublumaati. Vanni järel puuderdakse neid jodoformiga või *Airol'*iga. Suuri kondüloome võib ilma vannita puuderdada ka kalomel-*calcar-phosphoric.*-pulbriga (3:30). Roseolid ja kuivanud paapulid ei vaja paikset ravi. Ainult paapuleile näol ja peanahal määratakse nende kiiremaks kadumiseks 1%-list sublumaadi- või 10%-list valget elavhõbedasalvi.

Raske on paikselts kõrvaldada retsidiivseid paapuleid peopesadel ja jalataldadel. Neile tehakse kuumi sublumaadilahuse (1:5000)

vanne või hõõrutakse neisse 1%-list sublimaadisalvi. Sarvestunud paapuleid pehmendatakse enne 10%-lise salitsüülplaastriga ja kaetakse seejärel elavhõbeplaastriga.

Nakkuse mõttes väga ohtlikke suuõõnes ja kurgus esinevaid paapuleid loputatakse vesinikülihlapendiga ja pintseldatakse 2—3 korda päevas 1%-lise sublimateer-piirituse lahusega (eetrit ja piiritust võrdselt) või peitsitakse 3—10%-lise põrgukivilahusega. Hea on ka pintseldamine 1%-lise sublimateer-bensoetinktuuri lahusega, mis on hea ka leemendavaile paapuleile mujal. Väikeste laste puhul võib tarvitada ka 10%-list tanniinglütseriini. Suuõõnes esinevate paapulite puhul on keelatud suitsetamine ja alkoholi ning võrtsitatud toitude tarvitamine. Täiesti keelatud on süüfilise kolmanda järgu limanaha-nähtude ravimine tugevamate söövitushäiretega ja terava lusikaga; need vahendid on ebaotstarbekad ka naha lagunevate gummade raviks.

Süüfililise juuste väljalangemise puhul niisutatakse peanahka 2 korda päevas sublimateer-salitsüül-resortsiin-piiritusega ja ööseks võib peale määrada ka searasvaga valmistatud valget elavhõbesalvi.

Hilissüüfilise kuivad kõbrud ja muhud imenduvad hästi elavhõbeplaastriga ja halli salvi toimetel. Lagunevad gummad kaetakse 3—5%-lise valge elavhõbe- ja teiste salvidega; elavhõbedat tarvitatakse vaid haavandite taandarenemisel, sest varem võib ta kaasa aidata koe lagunemisele. Kui lagunev gumma on visa paranema, kaetakse ta jodoformi- või parem isoformipulbriga; viimast segatakse võrdselt *Calc. phosphoric.* pulbriga. Hästi paraneb lagunev gumma paiksete kuumade vannide (veele juurde lisada kaaliumpermanganaati (1:5000) ja samal ajal sisse võtta joodkaaliumi või -naatriumi), 10%-lise kaaliumpermanganaadi mähiste ja kuuma õhu toimetel (föönaparaat). Tekkivat liigliha peitsitakse põrgukiviga.

Luu ja luuümbrise süüfililisi muutusi ravitakse elavhõbeplaastriga ja operatiivsel teel, millega nagu kõige eeltooduga käib käsikäes süüfilise samaaegne üldravi. Pindmisi luugummasid määratakse joodvasogeeniga, jooditinktuuriga või järgmise salviga: puhast joodi 0,2, kaaliumjodaati 2,0, vaseliini 20,0. Liigeste ja kõõluste vigastusi ravitakse 10%-lise joodglütseriini, joodvasogeeni või jooditinktuuri sissemäärimistega. Suurenenud mahlanäärmed ei vaja paikset ravi või kui soovitakse, võib neile hõõruda joodvasogeeni või halli salvi. Peale esimest ravigut võib nende vähendamiseks sisse võtta joodkaaliumi. Süüfililist küünevalli-põletikku ravitakse

10%-lise kalomelisalviga ja hoitakse ka sõrmeotsi ühes küüntega kuumas sublumaadivees.

Varajase kaasasündinud süüfilise välisnähtude paikne ravi on üleliigne, sest need kaovad kiiresti üldravi toimele. Ainult laialdaste haavandite puhul tehakse vastasündinuile sublumaadi lühiajalisi vanne ($\frac{1}{2}$ g sublumaati vannitäie vee kohta) ja nende nohu ravitakse 10%-lise valge elavhõbesalviga (vaseliini asemel võtta koldkreemi).

Hilise kaasasündinud süüfilise nähtude paikne ravi on samane kui täiskasvanute omandatud süüfilise ravi.

Tuleb kindlasti hoiatada kõiki süüfilishai-geid, et mitte kunagi ravimist hooletusse ei jäetaks, seda omapead ei katkestataks ega teostataks ravimist kuulnud-loetud õpetuste järgi ise. Alati tuleb viivitamata pöörduda arsti poole ja ravi teostada arsti kontrolli all. Hoiduma peab ka halli elavhõbesalvi oma- pead kasutamisest, sest selle niihästi ala- kui ületarvitamine on kahjulik.

XIV. Süüfilise vältimine ehk profülaks.

1. Isiklik profülaks.

Isikliku profülaksi häid tulemusi kinnitavad rohkearvulised statistilised andmed sõjaväelaste kohta igast riigist, kus neil on kasutada nn. individuaalsed pakendid, mis sisaldavad desinfitseerivaid vahendeid suguhaiguste vältimiseks.

Isiklik süüfilisest hoidumine põhineb mitmekesiste desinfitseerivate vahendite ja teiste abinõude tarvitusele võtmisel enne ja pärast iga juhusliku suguühet või kui vastaspoolel võib oletada süüfilist. Profülaktilised vahendid ja abinõud ei anna soovitud tagajärge, kui kahkjad spirohheedid satuvad juba suguühete ajal naha kriimustuste või teiste vigastuste kaudu mahlateedesse ja verre. Seepärast ei tohi säärase vigastuste korral suguühet üldse toimetada, seda enam, et süüfilist saadakse ka isikuilt, kellelt seda ei võidud oodata.

Haigust vältivate toimingute v a r a n e teostamine peale suguühet võimaldab kõige paremaid tulemusi, eriti kui suguühetest pole möödunud üle 2—3 tunni. Vältivate vahendite tarvitamine esimese veerandtunni jooksul pärast suguühet hoiab nakatumise ära reegli-

päraselt (kui spirohheedid ei sattunud otse verre). Aga ka hiljem, isegi 12—20 tunni järel, on otstarbekas neid toiminguid sooritada, kui see varem osutus täiesti võimatuks. Kuid mida rohkem aega on möödunud suguühtest, seda sagedamini jääb kaitsev desinfectsioon tagajärjetuks. Kõige suurem on nakatumise protsent, kui suguühtest on möödunud üle 10 tunni. Bljaschko andmeil Ameerika sõjaväest ei haigestunud ükski neist, kes toimetas profülaksi 4 tunni vältel pärast juhuslikku suguühet, kuid teiste andmed ei ole nii roosilised.

Kui suguühtest on möödunud üle 20 tunni, aga mitte üle 2 nädala, ja vahepeal selgub, et vastaspool põeb süüfilist nakkavas järgus, võib toimetada nn. preventiiv- ehk kaitseravi arsenobensooli süstimistega (10—15 süstet) või, mis veelgi parem ja kindlam, abortiivravi (1—2 segaravingut). Preventiivravi teostamine *Spirocid'i*, *Stovarsol'i*, *Osarsol'i* ja teiste seesuguste tablettide sissevõtmisega ei ole otstarbekas, sest enamasti ei suuda see ära hoida süüfilisse haigestumist, küll aga võib pidurdada haiguse arengut ja põhjustada selle latentseks muutumist. Säärane olukord on kõige halvem, sest haige jääb põhjalikult ravimata ja levitab haigust enese teadmata. Preventiivravi mittetoimetamisel jäägu süüfilise kahtlase arsti kontrolli alla vähemalt 7 nädalaks (siis vereproov).

Süüfilisest hoidumiseks tuleb esmajoones hoolitseda piinliku puhutuse eest. Iga juhusliku suguühete eel ja järel peab suguelundeid ja nende ümbrust põhjalikult pesema sooja vee ja seebiga, millele järgneb desinfitseeriva salvi või võide põhjalik sissehõõrumine (5—10 min. vältel) suguti ja selle piirkonna (karvastik, munandikott, reite sisepinnad) nahasse ning eesnaha alla. Profülaktilisi salve ja võideid saavad kasutada peamiselt mehed, sest nende vahendite sissehõõrumine naise tupe ja emakakaela limanahasse pole võimalik. Küll aga võivad naised nende ravimitega sisse määrada tupeava, välissuguelundid ja nende piirkonna. Peale suguühete tuleb kohe kusta ja siis salv sooja vee ja seebiga maha pesta, puhta vatiga kuivatada ja uuesti samad piirkonnad sama võidega sisse hõõruda ja võie 5—6 tunni järel ära pühkida bensiiinis immutatud vatiga. Kuivatamiseks ei tohi kunagi tarvitada teiste isikute poolt kasutatud rätikuid.

Kui vältivaid toiminguid pole enne suguühete sooritatud, siis tuleb teostada neid seda hoolsamini pärast suguühete. Pole aga mainitud vältivaid ravimeid ega sooja vett ja seepi käepärast, siis pestagu suguelundeid vähemalt põhjalikult sublumaadilahusega 1:1000.

Vältivate salvide ja võiete puudumisel tuleb meestel ja naistel välissuguelundid ja nende ümbrus enne suguühet sisse määrada vähemalt boorvaseliini, vaseliini, mageda rasva või mõne kreemiga, mis peale suguühet maha pestakse bensiini või vee ja seebiga.

Vältivate desinfitseerivate vahenditena on soovitatav kasutada: 1) 33½%-list kalomelisalvi, mida soovitasid 1906. aastal Metsnikov ja Roux; 2) 0,4%-list sublimaadisalvi; 3) 0,4%-list oksütsüaanhappe elavhõbesalvi; 4) 30—40%-list kiniinisalvi; 5) Neisser-Siebert'i ilma rasvata võiet, mis sisaldab 0,3% sublumaati; 6) Gauducheau' salvi, kuhu Metsnikovi kalomelisalvile on toime tugevdamiseks juurde lisatud 0,075%-list tsüaanelavhõbedat (*Hg. cyanatum*) ja tripperi samaaegseks vältimiseks 1,75%-list tümooli.

On ka teisi profülaktilisi patenteeritud preparaate, mida saab osta apteegist ilma retseptita. Kõik nad ei tohi aga kauasest seisemisest rikenud olla.

Meestel on väga soovitatav kasutada joodpiiritust (10%-list jooditinktuuri 20,0; 70%-list piiritust 80,0), millega suguühete järel peale kusemist pestagu vati abil kogu suguti, ka eesnahaalune, karvastik, munandikott, reite sisepinnad ja kubeme piirkond, hoidudes seejärel veega ülepesemisest vähemalt 8 tunni jooksul. Joodpiiritust tarvitatagu hiljemalt 12—24 tunni vältel pärast suguühet. Joodpiirituse kasutamise puhul ei tohi samal ajal enam tarvitada elavhõbedat (kalomeli, sublumaati jne.), sest see ärritab tugevasti ja asjatult nahka, tekitades selle põletikku.

Viina ja odekoloni tarvitamisel vältivaks otstarbeks pole mõtet, küll aga avaldab head mõju puhastatud piiritus (70%-line), kuigi tunduvalt nõrgemat kui joodpiiritus.

Väga heaks mehhaaniliseks vahendiks on kondoom ehk kummitupp, kui see suguühete ajal ei rebene. Kondoomi kasutatakse kättesaadavaima ja lihtsaima abinõuna kõigi suguhaiguste vältimiseks umbes 300 aastat ja ta on odava hinna eest müügil kõigis apteekides ning rohukauplustes, Euroopa suurlinnades ka automaatides, mis asetsevad tänaval ja avalikes käimlais. Kahjuks kaitses ta nakkuse eest ainult mehe suguti pinda ja kusiti ava, kuna muu suguelundite piirkond jääb kaitsmata. Kaua seisnud kondoom rebeneb kergesti, millega kaotab oma otstarbe. Vaatamata sellele on kondoom miljoneid inimesi suguhaigustest päästnud. Teatud määral kaitses kondoom ka naist nakkuse eest. Kindluse mõttes on soovitatav enne kondoomi sugutile tõmbamist kondoomi pinda võida. Võib korraga tarvitada ka kahte kondoomi, niisutades alumist

puhta veega ja määrides pealmise pinda vaseliiniga, kui pole vältivat salvi käepärast. Veelgi kindlam on, kui kondoomi kasutamise järel teostatakse ka eelmainitud pesemisi ja salviga võidmist, et vältida nakatumist suguelundite ümbruses. Suguühete järel tuleb hoolitseda ka käte puhtuse eest, et ei nakatutaks nende kaudu. Suuremate käitiste meestöölistele on vajalik jagada eelmainitud individuaalseid pakendeid, mis on kasutatavad sõjaväes.

N a i s e d peavad peale kahtlast suguühet kusema ja kohe või hiljemalt 2—3 tunni jooksul põhjalikult pesema sooja vee ning seebiga või seebipiiritusega väliseid suguelundeid, nende ümbrust ja reite sisekülgi, millele järgneb kuivatamine ligniini või puhta rätikuga; siis pestagu sublimaadilahusesse (1:1000) kastetud vatitampoonidega väliseid suguelundeid ja nende ümbrust ning loputatagu tuppe sublimaadilahusega. Välissuguelundite ja nende ümbruskonna nahasse peab ka naine hõõruma mõnd vältivat salvi, mida on soovitatav teha ka enne suguühet. Kas enne või kohe peale suguühet võib ka sügavasse tuppe asetada tupekuulikese, mis sisaldab sublumaati ja kiniini. Seda ega ka tupe loputamist sublumaadilahusega ei tohi teostada, kui samaaegselt tarvitatakse siseselt joodi.

Isikliku profülaksi teostamise hõlbustamiseks on Euroopa suurimates linnades avatud vastavad asutised, nn. profülaktilised punktid, kus iga meeskodanik võib peale juhuslikku või kahtlast suguühet tasuta teostada suguhaigusi ärahoidvaid toiminguid arsti või vilunud velskri juhtimisel ja kaasabil. Need profülaktilised punktid on igal pool etendanud väga suurt osa suguhaiguste vähenemisel. Nad on avatud ka öösi.

Lahtiste haavanditega süüfilishaigete eest hoolitsejad peavad kandma kummikindaid, hoolega pesema käsi vee ja seebi ning sublumaadilahusega (1:1000) ja põhjalikult desinfitseerima tarbeasju, mis on kokku puutunud haige haavandiga. Kui hoolitseja kuidagi vigastab oma nahka, peab sealt esmajoones välja pigistama verd ja siis vigastatud kohta põhjalikult pesema ning desinfitseerima, torkehaava karboolhappega söövitama ning arsti poole pöörduma. Kui süüfilisega haigel on haavandeid suuõõnes, tuleb hoiduda ka selle eest, et haige tugeval köhimisel tema sülje piisad kellelegi otse näkku ei langeks. Ühiskond on õigustatud nõudma, et iga süüfilishaige piinlikult hoolitseks selle eest, et keegi ei nakatuks temast sugulisel ega mittesugulisel teel. Teadlikult teisele haiguse edasiandmine on seaduslikult karistatav. Iga värske süfiliitik peaks oma haiguse teatavaks tegema

neile, kellega ta elab ühes korteris, et ühiselt hoiduda kaaselanike nakatamisest. Kui üks abielupooltest saab teada, et teine põeb või on põdenud süüfilist, peab ta viivitamatult pöörduma suguhaiguste eriarsti poole, ka siis, kui ta enesel midagi kahtlast ei märka. Alati peab meeles pidama, et süüfilisse võib nakatuda ka mitesugulisel teel, mispärast ei tohi tarvitada süüfilisekahtlaste isikutega ühiseid söögi-, joogi- ja muid tarberiistu ega suudelda juhuslikke tuttavaid.

2. Ühiskondlik profülaks.

Ühiskondliku profülaksi eesmärgiks on esmajoones süüfilishaigete võimalikult varajane ja põhjalik ravimine, eriti nakkavas järgus, et sellega miinimumini vähendada nende poolt haiguse levitamise võimalusi. Sel otstarbel on ka Eestis nakkavas järgus süüfilishaigeile võimaldatud tasuta ravi, kui haige on vaene või puudustkannataja. Sama aja vältel on kõigile süüfilishaigeile ravimine seadusega kohustuslikuks tehtud. Seda seadust peaks tõlgitsetama nii, et igale vaesus- ja puudustkannataja tunnistusega haigele võimaldataks tasuta ravi kuni tema tõenäolise tervistumiseni, sest mittenakkavuse tähistajaks peetav negatiivne Wassermanni reaktsioon ei tõesta üksi veel nakkavuse kadumist. Negatiivse vereprooviga haigeid võib hiljem leida igas haiglas ja nende ravimine läheb riigile palju rohkem maksma, kui seda omal ajal oleks läinud nende tervistamine.

Ühiskondlik võitlus süüfilise levimise vastu taotleb ka haigete nimeta ja haiguse levitajate nimelist registreerimist ning nende ravimise korralikkuse jälgimist, raviva arsti kohustusega teatada vastavale linna- või maa-arstile neist, kes oma ravi enneaegselt katkestavad (nakkavas järgus) või haigust levitavad. Sääraseid haigeid võib politsei abil paigutada sundravile vastavasse haiglaisse.

Suguhaiguste avastamiseks toimetatakse sööklate, toiduainete ja juukselõikusärade, saunade ja mõnede teiste avalike asutiste teenistujate aeg-ajalist (tavaliselt igas kuus toimetatavat) tervishoiulist läbivaatust, millega avastatakse ning likvideeritakse varakult küllaltki suguhaiguste allikaid.

Veel peetakse ühiskonna huvides võitlust prostitutsiooni kui suguhaiguste suurima levitaja ja alkoholi liiga kerge kättesaadavuse vastu, sest suur osa (60—70%) suguhaigustesse nakatumistest on seoses alkoholiga. Alkoholiuimas ei arvestata suguhaiguse saa-

mise ega ka tema edasiandmise võimalust. Alkoholi tarvitamine aeglustab ka suguhaigusest tervistumist, milline asjaolu omakorda suurendab haiguse levitamise võimalusi. Alkoholikute lapsed satuvad palju kergemini prostitutsiooni ohvriks. Prostitutsiooni vastu võitlemise sihiga peetakse järelevalvet võõrastemajade, möbleeritud tubade, restorankabinettide ja „kollase kirjanduse“ üle. Kõige rohkem levitavad suguhaigusi mitte avalikult, vaid salaja prostitueerijad, kes on kas töötä või madalapalgalistel kohtadel, mis ei rahulda nende elunõudeid.

Ühiskondlik suguhaiguste profülaks taotleb ka rahva sotsiaalse, majanduslike ja ühiskondlik-kultuuriliste olude parandamist, sest töötaolek ja madal palk tõukavad paljusidki naisi prostitutsiooni teele ega võimalda meestel õigeaegselt abielluda. Kitsad ja halvad korteriolud soodustavad kõlbluse langust ja nakatumist süüfilisse nii otseselt kui ka kaudselt.

Ühiskondliku profülaksi ülesandeks on veel rahva laiemate hulkade tutvustamine suguhaigustega, nende vältimise abinõude ja raviga (kirjanduse, loengute, kino, raadio, näituste jne. kaudu) ja noorsoo kõlbline kasvatus ühes sugueluohutude selgitamisega. Noorsoos peab kõrgel hoidma huvi kõige ideelise vastu ja alla suruma ka täiskasvanuil ainult isiklikku omakasu taotlevat mentaliteeti, mis ei hooli teiste saatusest ega ühiskonna üldhuvidest. Peab inimestes tõstma madalaks muutunud vaadet isiku ning elu väärtusele, mille tõttu paljud on loobunud elu kõrgemate sihtide taotlemisest, asendades seda vaimselt tühiste lõbude tagaajamisega.

Abiellujad peaksid endid enne abiellumist tervishoiuliselt järele vaadata ja endile vastavat vereproovi (WaR) teha laskma, sest on juhtumeid, kus üks või teine pole teadlik enese omandatud või kaasasündinud süüfilisest. See on ka üks kaasasündinud süüfilisega laste sünnitamise põhjusi. Tervislehe vastastikune vahetamine koos kihlasõrmusega on kõigiti põhjendatud ja seda mitte ainult sugu-, vaid kõigi haiguste suhtes.

Suguhaigusi vältivate vahendite ja abinõude kättesaadavust tuleb hõlbustada seega, et suuremates linnades avataks ambulants, kus soovijad igal ajal võiksid teostada vastavaid profülaktilisi toiminguid, nagu see on korraldatud paljudes Euroopa suurlinnades.

Suguhaigust põdejaile peab kindlustatud olema nende haiguse saladuseks jäämine, kuigi süüfilis pole häbihaigus, vaid tavaline nakkus, mille eest ei ole kaitstud kõige korralikumgi inimene, eriti nakatumisest mitesugulisel teel.

3. Retsidiivide ja närvisüüfilise profülaks.

Süüfilise retsidiivide ja närvisüüfilise vältimine põhineb põhjaliku süüfilisevastase ravi kohesel ettevõtmisel süüfilise avastamise järel. Tulemused on seda paremad, mida varasemas järgus süüfilis kindlaks tehakse (diagnoositakse), sest seda tõhusamini hoitakse ära haiguse hilisnähud ning kesk-närvisüsteemi haigestumine. Viimane võib saada mitte ainult haigele, vaid ka ühiskonnale raskeks koormuseks. Ravi peab igal juhul olema otstarbekas, küllaldaselt põhjalik ning vältav ja tervistumist taotlev. Üldravi ei tohi lõppeda kohe WaR-i veres negatiivseks muutumise järel, vaid sellele peab järgnema veel vähemalt kolm kindlustuskuuri (välja arvatud abortiivravi juhud). Tervistumise üle otsustab igal juhul ainult liikvori seisund, mis võib haiglaseks osutada ka siis, kui veri on juba ammugi „puhas“.

4. Imikute süüfilise profülaks.

Imikute süüfilise vältimine nõuab amme ja lapsehoidja läbivaatamist suguhaiguste eriarsti poolt ja neile Wassermanni reaktsiooni tegemist. Süüfilist põdenud, kuigi hästi ravitud ema last tohib amm imetada ainult eriarsti loal. Emapiima puudumisel või vähesusel toidetagü säärast, samuti ka ilmselt haiget last vaid tervelt ammelt lüpstud piimaga (vt. ka lk. 113).

Süüfilist põdevad emad ja ammed ei tohi imetada tervet last ja terved emad ning ammed ei tohi imetada süüfilishaiget last.

Süüfilishaiget ema peab peale sünnitust edasi ravima, et mõni tema haiguse retsidiiv ei nakataks last hiljem. Kui võib arvata, et laps on ema rasedusaegse süüfiliseravi toimele terveks jäänud, siis ei lubata põhimõtteliselt hiljuti süüfilist põdenud emal oma last rinnaga toita, kuna aga süüfilist mitteravinud emad peavad last alati ise imetama.

5. Kaasasündinud süüfilise profülaks.

Raseduse katkestamiseks ei anna süüfilis põhimõtteliselt mingit põhjust, sest ema juba raseduse alguses ettevõetud põhjalik süüfilisevastane ravi võib peaaegu alati kindlustada terve lapse sündimist (A. Buschke ja M. Gumbert). Ainult ema väga raske siseelundite, raske närvisüüfilis ja pahaloomuline süüfilis võivad põhjustada

abordi tegemist, samuti ka emal antenataalse ravi täielik puudumine, et hoida perekonda ja ühiskonda haigete, kidurate, idiootide ja nõrgamõistuslike või alaväärtuslike isikute koormusest. Põhjuseks on siin asjaolu, et hoolimata eeskujulikust ühendatud arstlikust, sotsiaalsest ja pedagoogilisest hoolitsemisest on kaasasündinud süüfilisega lastest edaspidi ainult 44—50% normaalse intelligentsiga, kuna ülejäänud on kas arenematud või alaväärtuslikud.

Kuidas vältida kaasasündinud süüfilist?

Esmajoones peab ravitama juba raseduse alguses iga naist, kel on kunagi süüfilis olnud, vaatamata sellele, kas ta on oma haigust varem hästi või halvasti ravinud. Sellega kindlustatakse terve lapse sünd. Prantsusmaal kohustatakse seda seadusega. Kõige paremaid tulemusi annab süüfilist põdenud naiste ravimine just raseduse esimesel poolel. Kui ravi alustatakse alles raseduse teisel poolel, siis on väljavaated terve lapse saamiseks seda halvemad, mida hiljem ravi algab. 50—60% sääraseis tingimuses sündinud lastest osutub varem või hiljem süüfilishaigeks, eriti kui ema on ennast enne rasedust puudulikult ravinud.

Kui mehed on suguhaigustest ja nende tagajärgedest võrdlemisi teadlikud, siis on naised selles kahjuks üsna võhikud. Ka märkab naine enda haigestumist oma suguosade anatoomilise ehituse tõttu märksa hiljem. Kuna mehele haavand suguelundil on nähtav, ei näe naised süüfilise kõva paiset tupeseinal, emakakaelal ega häbememokkade sisepinnal. See jääb seda enam teadmatuks, et ta valu ei tekita. Võhiklusest ja valehäbist hoidub mõni naine arsti poole pöördumast isegi siis, kui haavand asetseb suguelundil nähtaval kohal. Arvatakse kõva paiset lihtsaks ärähõõrdumiseks ja jäädakse ootama selle paranemist iseendast. Et see võibki nii paraneda ja ka süüfilise teise järgu nähud ilmumata või nägematuks jääda, põeb mõni naine enese teadmata aastaid latentset süüfilist, kuni siis haigena sündinud laps ka ema süüfilise avastab.

Seepärast peab iga naine, kel kunagi suguelunditel või suuõõnes on olnud haavandeid, eriti kui neile järgnesid sagedased peavalud või tugev juuste väljalangemine, ennast hiljemalt raseduse alguses arstil põhjalikult järele vaadata laskma ühes vastava vereproovi tegemisega.

Sageli varjavad mehed oma süüfilist naise eest, kuigi nad kindlad pole sellest tervistumises.

Mõned mehed abielluvadki ravivalts arstilt selleks luba saamata ja arst on säärasel juhul jõuetu seda takistama, olles seotud arstliku saladuse põhimõttega, mis ei luba temal tulevast abikaasat teda ähvardava ohu eest hoiatada. Mõned mehed varjavad oma haigust naise eest ka siis, kui märkavad naisel süüfilise tunnuseid, kartes, et naine nende hädast aru ei saa ja abielu selle tagajärjel kokku variseb (vt. lk. 104).

On ka juhtumeid, kus naine ei avalda mehele oma neiupõlves põetud ja ravitud süüfilist. Järeltuleva soo suhtes on niisugune teguviis veelgi ohtlikum kui haiguse varjamine mehe poolt. Kui üks või teine abielupool on teadlik oma süüfilise ravi puudulikustest ja siiski midagi ei tee tulevasel lapsel süüfilise ärahoidmiseks, siis on see karistust vääriv kuritegu mitte ainult oma lapse, vaid ka ühiskonna vastu.

Seepärast peab iga mees ja naine, kes on süüfilist põdenud või seda põeb, oma haiguse teatavaks tegema teisele abielupoolele, kui ta pole saanud arstilt täielikku kindlustust enese tervistamise suhtes.

Eriti peavad seda nõuet täitma naised, sest nende süüfilisel on otsustav tähtsus tulevase lapse tervisele. Nii naine kui ka mees peab oma saladuse ka arstile teatavaks tegema ja seda hiljemalt naise rasedaks jäämise alguses ning isegi siis, kui arvatakse ennast süüfilisest tervistunuks. Tuleb vabaneda ekslikust vaatest süüfilisele kui häbistavale haigusele, sest iga süüfilishaige, olgu ta oma haiguse saanud sugulisel või mittesugulisel teel, on vaid juhuse ohver, mille eest pole keegi kaitstud. Iga süüfilishaige väärleb samasugust kohtlemist kui teistegi raskemate haiguste, nagu tiisikuse jne. põdejad. Säärane õige vaade aitaks suurel määral kaasa mitte ainult kaasasündinud, vaid ka omandatud süüfilise vastu võitlemisele.

Et mõnigi mees oma ebaküüaldaselt ravitud süüfilist naisele ei avalda, saavad naised sellest sageli teadlikuks alles iseeneslike abortide ja surnult või haigena sündinud laste kaudu.

75% süüfilistest abortidest tekib 4.—5. raseduskuul ja enneaegsed sünnitused 7. kuul; 1½.—2. raseduskuul tekkinud „äraheidetel“, isegi korduvatel, pole süüfilise suhtes tähtsust.

Seepärast peab iga naine, kel kunagi on olnud iseeneslikke aborte või varajasi enneaegseid või surnud laste sünnitusi, kohe pöörduma arsti poole põhjalikuks järelevaatuseks

süüfilise suhtes, ka siis, kui tal enda teada oli abordiks mõni teine „kindel“ põhjus (kukumine, kõhu või selja vigastus, ehmatuse, suur ärritus jne.).

Kui abielumees nakatub süüfilisse kelleltki teiselt ja tal on pärast seda suguühe olnud oma raseda naisega, siis peab naise süüfilisevastast ravimist alustama kohe.

Kaasasündinud süüfilisega lastest sureb vastava ravi puudumisel või sellega hilinemisel kaugelt suurem osa juba esimesil eluaastail. Väikeste laste järjekindel suremine eriti intelligentsetes, jõukas ja hoolitsevas perekonnas on alati süüfilisekahtlane, ja seda rohkem, kui lapsi toidetakse emapiimaga.

Seepärast peab sääraste laste vanemaid kõigekülgselt uuritama neile teadmatu süüfilise suhtes, eriti kui lapsed surevad varakult ilma kindla põhjusega või haiguseta, või neil sündides või esimesel eluaastal oli nahal vilje, paiseid, peopesade ja jalataldade kestendust.

Arstide hooleks jäägu andmete kogumine igalt rasedalt süüfilise võimaluse kohta ja rasedate mureks olgu arstile mitte midagi salata.

Mõnes riigis propageerivad arstid rahva vabanemiseks kaasasündinud süüfilisest või selle juhtude miinimumini vähendamiseks igale rasedale riigi kulul sundusliku vereproovi ja vähimagi kahtluse korral ka süüfilisevastase ravi toimetamist. Kulud, mis riik seejuures kannab, tasuvad endid hiljem rahvamajanduslikult kõigiti. Samuti soovitatakse sundusliku vereproovi tegemist riigi kulul kõigile nekrutitele ja suuremate käitiste töölisele. Ka püütakse kontrollida vähimagi kahtluse korral imikuid ning väikelapsi ja vereproovi võtta igalt rinnalastekodusse toodavalt lapselt, et võimalikult vara avastada ja ravida kaasasündinud süüfilise juhtumeid. Sellega vähendatakse ühtlasi tunduvalt nõrgamõistustlike, kurikalduvustega isikute ja pimedate ning kurtummade kodude kasvandike arvu.

Ka meil väärrib see mõte põhjalikku kaalumist ja vastavate andmete kogumist, sest meiegi ühiskonna kulud on säärastesse kodudesse süüfilise tagajärjel sattunud kasvandike ülalpidamisel kaunis suured, igatahes suuremad, kui läheks maksma igale rasedale vereproovi tegemine. Seejuures võib arvata, et enamik rasedaist laseks endale vereproovi teha omal kulul, kui seda nõutaks. Kui pääsetakse osagi lapsi kaasasündinud süüfilisest, on riigi kulud tasu-

tud ja laste vanemad vabastatud raskest murest, vaevast ning hinge-
piinast, ühiskond ka temal lasuvast koormusest. Ühes sellega avas-
tatakse mõnegi ema haigus varemini ja päästetakse tema tervis
õigeaegselt.

Praegu on rasedate süüfilise õigeaegne avastamine raskendatud
seepärast, et nad sageli arsti poole pöörduvad alles raseduse lõpul
või ei tee sedagi, sünnitades kodus iseseisvalt. Paljud naised keel-
duvad vereproovi tegemisest ka majanduslikel kaalutlusil, mis-
pärast neile peaks seda tehtama riigi kulul.

Seetõttu on vajalik, et iga naine laseks en-
nast arstil juba raseduse alguses järele vaa-
data ja endale igaks juhuks ka vereproovi
teha.

Veel on kaasasündinud süüfilise vastu võitlemisel suure tähtsu-
sega varem puudulikult ravitud süüfilishaigete põhjalik ravimine
raseduse ajal, eriti selle esimesel poolel riigi kulul, sest vaesemad
inimesed hoiavad ravist selle küllalt suure kulukuse tõttu.

Välismaine suur statistiline materjal näitab, et naised, keda oli
ravitud enne rasedust, kuid olid ravimata jäänud raseduse ajal,
sünnitasid ainult 55% juhtudest elusaid lapsi. Täiesti ravi-
mata süüfilishaiged naised sünnitasid aga ainult 22% rasedustest
ilma süüfilisnähtudeta lapsi (osal neist võisid haigusnähud veel ilm-
neda hiljem), kuna 78% rasedustest lõppes kas iseenesliku abordiga
või surnud või haige lapse ilmaletulekuga. Raseduse ajal ravitud
naised aga sünnitasid 95% terveid lapsi. Küllaldase ravi puhul
enne rasedust ja ka selle vältel sünnivad peaaegu alati terved lapsed.

Barnett (Ameerikas) seab üles järgmised tõekspidamised: 1) kui
rase ennast ravib küllaldaselt esimese nelja kuu vältel (1—2 ener-
gilist ravingut), sünnitab ta 100% kliiniliselt ja seroloogiliselt terve
lapse; 2) ravi pärast seda tähtaega annab vähem hiilgavaid, kuid
siiski julgustavaid tulemusi, s. t. ravimine 4.—8. raseduskuu vahel
annab õiguse loota kliiniliselt tervet, kuid positiivse Wassermanni
reaktsiooniga last, kellel süüfilisnähud ilmuvad 1.—2. eluaastal;
3) ravi pärast 8. raseduskuud on keelatud kahjuliku toime tõttu
neerudele; 4) kindlam on ravi toimetada iga raseduse ajal.

Kaasasündinud süüfilise profülaksiga seoses olevaid küsimusi
on käsitletud ka „Rasedate ravi“ (lk. 208) ja „Kaasasündinud süü-
filise ravi“ (lk. 209) all.

SISUREGISTER.

- abielu 113, 145, 234, 237
 abort 58, 113, 129, 237
 abortiivravi 187, 230
Acetylarsan 174
acne syphilitica 35
 ajalugu 7
 ajukelmete põletik 50, 98, 124
 ajuripats ja selle ravi 71, 199
 ajusüüfilis, vt. pea- ja seljaaju
 ajutuiksoonte süüfilis 66
 alatoitumus 142
 albuminuuria 83, 85, 129
alopecia specifica 30, 228
 amenorröa 55, 123
 amm 21, 22, 113, 210, 211, 235
 amüloidväärustus 81, 84
 analüüsid 137
 aneurüsmid 67, 68, 195
 angiin 30, 32, 36
angina pectoris 67
 angioneurootiline sümptomide kompleks 168
 aordi süüfilis 66, 67, 68, 195, 196
 apopleksia 70, 99
 armid, lehvikuatolised 116
Arsacetin 164
 arseen 163
 arsenobensool 163, 185, 187, 207, 213
 arsenobensooli aseained 173
 „ kõrvaltoimed 168
Arsenophenylglyzin 164
arteriitis obliterans 65, 66, 68, 99
arthritis 27, 33, 34, 52, 53, 96, 107
 astma 87
 ataksia 100, 108, 109
 atoksüül 164
atrophia flava hepatis acuta 77
 „ *nervi optici* 95, 108, 126, 205
 balaniit 25, 227
 Basedow' tõbi 71
 Baumés-Colles'i seadus 112
Bijochinol 161, 190, 215, 222, 223
Bismoverol 224
Bismutin 161, 215
 Bonni kuur 190
 bronhiit 86
 buboonid 26, 228
Casbis 161
choc dentaire 163
 „ *en retour* 112
 Colles-Baumés'i seadus 112
condylomata lata 34, 35, 116, 227
coronarsclerosis 67, 69
cryptorchismus 122
cystitis 85, 199
dactylitis 118
dementia paralytica 102
 dermatiit, salvarsaanne 171
diabetes insipidus 71, 82
 „ *mellitus* 61, 82
 diagnoosimine 137, 209
 diskontinueeruv raviviis 184, 186
 dualismi õpetus 13
 düstroofiad 117, 119
 ebardid 129
 ebaspetsiifilised ravimid 177, 204
 „ seroreaktsioonid 138,
 141

ecthyma 35
 eesnaha põletik 25, 227
 eesnääre 54
 ekslikud seroreaktsioonid 139
 eksperimentaalne süüfilis 18
 elavhõbe 150, 154, 157, 214, 215, 221,
 225, 227, 231
 elundidispositsioon 28, 103, 134
 emaka süüfilis 56
 emakatõrve süüfilis 56
endarteriitis obliterans 66, 68, 99
endocarditis 64, 195
 endometriit 56
 enneaegne sünnitus 38, 58, 113, 210,
 237
 ennustus, süüfilise 141
enteritis syphilitica 75
 entsefaliit 99, 100, 125, 170
 epidüdimiit 34, 54, 121
 epilepsia 125
 erüteem, sõlmekujuline 65
 erütrodermia 171
 esmane sklerooos 24, 135, 136, 226
 „ süüfilis 23, 132, 187
 esmashaavand 24, 135, 136, 226

 gastrilised kriisid 107
gastritis 73
 Gigumenakise sümptoom 118
 gomma 40, 43, 45—102, 119, 201, 228

 follikuliiit 158

haematomyelia 98
 hall elavhõbesalv 152, 215
 hallutsinooos 101
 halvatuslik taabese järk 109
 hambad, Hutchinsoni 120
 hemorroidid 24
hepatitis 76, 123, 196
herpes 32
 Herxheimeri reaktsioon 70
 hiline kaasasündinud süüfilis 114, 119,
 216
 hilissüüfilis 23, 39, 47, 51, 54
 hingetoru süüfilis 86
 Hissari sõrm 118
 Hunteri šanker 13
 Hutchinsoni triaad 93, 120

huule gomma 47
 hübriidsed kujud 46
 hüpofüüs 71, 199
Hydrargyrum 150
hydrocele 121
hydrocephalus acutus 118, 124

 identsuse-õpetus 12
icterus praecox 77
 imetamine 113, 210, 235
 imik 131, 213, 235
 immuniteet 112, 134
impetigo syphilitica 35
induratio penis plastica 54
 inkubatsiooniajad 24, 27
 iriit 93
 isiklik profülaks 229

 jalataldade paapulid 31, 115
 Jarisch-Herxheimeri reaktsioon 169
 jodakne 176
 jodism 176
 jood 174
 joodipreparaadid 176
 joodkaalium 175, 194, 207, 216
 joodnaatrium 175
 juuste väljalangemine 29, 30, 228
 järeltuleva soo süüfilis 128, 130, 135,
 150
 järkude skeem 133

 kaaliumjodaat 175, 194, 207, 216
 kaasasündinud süüfilis 111, 114, 209,
 235
 kahheksia 71
 kahkjasspirohheet 15, 23, 28, 137
 kaitseravi 230
kakosmia 30, 50
 kalomel 156, 215, 222, 225, 226, 227,
 231
 keele süüfilis 47, 48, 228
 kehveresus 27, 60
 keratiit, parenhümatooosne 92, 220
 kesknärvisüsteemi süüfilis 96, 102, 105,
 124
 kilpnäärme süüfilis 71, 199
 klassifikatsioon, süüfilise kujude 132
 kliiniline diagnoos 140
 klorooos 70

- kollatõbi 27, 77, 79, 123, 169, 170
 kolletid 31
 kolmandane süüfilis 39—102, 193
 kondüloomid, laiad 34, 35, 116
 kontinueeruv raviviis 184
 kontraindikatsioonid salvarsaanile 172
 kopsukelme süüfilis 89, 124, 201
 kopsupõletik 87, 124, 201
 kopsu süüfilis 87, 199
 kopsutiisikus 71, 88, 199
 kopsutorude süüfilis 86
 krooniline intermiteeruv raviviis 186
 krüptorhism 122
 kujude (süüfilise) klassifikatsioon 132
 kuld 178
 kurgukriisid 107
 kurgulimaha põletik 30, 32, 36, 86, 117
 kurtumus 91, 121
 kurtus 91, 121
 kusepõis 85, 199
 kusetoru kriisid 107
 kuulmiselundid 90, 121
 „606“ 165
 kuuverede häired 56, 123
 kõhunäärme süüfilis 82
 kõnehäired 109
 kõnnak 108
 kõri süüfilis 86
 kõrva süüfilis 90
 kõva šanker 24, 135, 136, 226
 kõõluste põletik 34, 54, 228
 kääbuseline tuberoosne süfiliid 42
 kõbrud 40
 kümbused 179
 küülikute süüfilis 18
 küünte vigastused 34, 114
- labürindi vigastus 91, 121
 laiad kondüloomid 34, 116, 227
 langetõbi 125
 lansseerivad kriisid 107
laryngitis 86
 lasteta abielu 55, 56, 60, 113, 146
 latentne esmane süüfilis 132
 „ „ kaasasündinud süüfilis 114, 119
 latentne kolmandane süüfilis 40, 119, 132
- latentne süüfilis 112, 132
 „ „ teine süüfilis 29, 37, 132
 leukoderma 36
 leukoplaagid 32, 47
lichen 32
 lihaste gumma 53
 lihastevalu 34
 liigesed 34, 52, 53, 175, 199
 liigkusesus 71, 82
 liikvor 101, 104, 131, 137—140, 148
 limanahad 47—51, 117, 201, 228
 loote nakatumine 111
lues asymptomatica 39
 „ „ *cerebri* 98
 „ „ *ignorata* 39
 „ „ *latens inveterata* 39
 „ „ *sine exanthemate* 39, 106
 lumbaalpunksioon 148
 luumurrud 33, 51, 58
 luupõletik 33, 49, 51, 117, 119, 228
 luuvalu 34, 58
 luuümbrised 33, 96 (vt. luupõletik)
 lõhed nahal 116
 lõimetusajad 24, 27
 lööвете järk 28
 lümfadeniit 26, 62
- mahlanäärmete suurenemine 26, 30, 62
 mahlasooned 62
 maks 15, 27, 76, 77, 80, 81, 123, 169, 196
 maksimaalne varane ravi 190
 malaaria 179
 maohaavandid 73, 198
 maokriisid 107, 205
 mao süüfilis 73, 198
 maovähk 74
marasmus 109
 massiivsed süsted 155
meningitis basilaris 98, 100
 „ „ *spinalis* 97
meningo-encephalitis 99
meningomyelitis 97
 metasüüfilis 103
 mikroskoobiline uurimine 137
 mitmene koldeline skleroos 97
 „ „ närvipõletik 95, 171
 mitterakavus 144
morbus gallicus 10, 11

mulgustused 49, 50, 74
 munajuhad 56, 123
 munandimanused 34, 54, 55, 121
 munandi vigastus 34, 55, 121
 munasarjad 56, 123
 mõõgataoline sääreluu kõverdumine 121
 müosalvarsaan 168
 mürgistus elavhõbedaga 158
Myarsenol 223, 225
myelitis 97
myocarditis 63, 64
myositis 34, 53

 naatriumjodaat 175
 nahaalne gumma 43, 45, 228
 naha gumma 45, 201, 228
 „ laialdane paistetud 116
 nahatiisikus 42, 46
 naiste suguelundite süüfilis 34, 51, 55, 56
 nakatumine 19, 21, 22, 111, 113, 250
 nakkusallikad 21, 233
 narkoleptiline hoog 126
 neelukriis 107
 neelu süüfilis 86
 neerudekriisid 107
 neerude süüfilis 83, 198
 neerupõletik 83
 nefroos 83
 neljandane süüfilis 102, 203
 neosalvarsaan 166, vt. süüfilise ravi
 neuriit, silma 94
 neuroretsiidid 170
 nina süüfilis 32, 41, 49, 50, 86, 115, 117
 nitroïdsed kriisid 168
 nohu 30, 32, 50, 117
Novarsenol 166, 221
 nägemisnärvi kõhetus 95, 108, 205
 „ põletik 94, 95
 nähtudeta süüfilis 39
 näonärvi halvatus 95, 202
 närvide põletik 96
 närvisüsteemi süüfilis 95, 102, 119, 124, 202, 235

oedema indurativum 24, 25
 ohustumatus 134
 oinanina 36

oophoritis 56
orchitis 34, 55, 121
Osarsol 173, 217, 224
osteomyelitis 51, 117
ostitis 51, 117, 228
ozaena 50

 paapulid 31, 33, 115, 189, 227
pachymeningitis cervicalis 97
 pahaloomune süüfilis 35
 paikne ravi 226
 palavik 27, 59, 77, 80, 87
 palavikku tekitavad ravimid 178
 panariitsium 24
pancarditis 64
pancreatitis 82
 paralüüs, progressiivne 102
 parenhümatosne keratiit 121, 220
paronychia 34
 Parrot' pseudoparalüüs 118
 peaaugukoe seroosne turse 170
 peaaugu lastehalvatus 125
 peaaugupõletik 98, 119, 125
 peaaugurandus 99
 peaaugu süüfilis 98, 102, 125, 126, 202
 peavalud 27, 50, 52, 60, 71
 pemfigus 116
 peopesade paapulid 31, 115, 227
 perforatsioonid 49, 50, 74
pericarditis 64
periostitis 33, 49, 51, 96, 117, 119, 228
pharyngitis 86
 pidev ravimeetod 184
 pigmendikaotus 36
 piirdenärvisüsteem 95
 pisarakotid 21, 92
 pisipea 125
 plaaditaoline süfiliid 32, 42
plaques muqueuses 32, 117
 pleuriit 89, 124, 201
pneumonia 87, 124, 201
 poliadeniit 27, 30
 polüneuriit 95
 preaktiivne järk 106
 preventiivravi 230
 primaarafekt 24, vt. kõva šanker
 prodromaalsed nähud 27
 Profeta seadus 112
 profülaks 229

prognoos 141
 progressiivne paraliis 102, 127, 206
 proovravi 141
 prostatiit 54
 prostitutsioon 20, 233
 prövotseerimine (WaR) 140, 147
 pseudoparaliis 66, 99
 pseudotaibes 97
 psoriaas 31
 punnissilmaligus 92
 pustuloosne süüfilis 35
 puuded 117
 põie süüfilis 85, 199
 põveligeste paistetus 121
 põrna süüfilis 72, 123, 198
 parasoolekriisid 107
 pärgarteride sklerooos 67, 69
 „pärilik“ süüfilis 111, 114

 rasedus 113, 129, 208, 238
 rasvumine, hüpofüsaarne 71
 ravi 180, 187—229
 ravimeetodid 184
 reaktiiveerimine, vere 140, 147
reinduratio 136
reinfectio 136
 resistentne süüfilis 141, 207
 retiniit 94
 retsiidiivide profülaks 235
rhinitis 30, 32, 50
Rhodarsan 166
 rinnakelme süüfilis 89, 124, 201
 Rombergi sümptoom 109
 roseoolid 28, 29, 30, 43, 114, 134
 ruupiad 35

 sadulnina 50
 salvarsaan 164
 salvarsaan-dermatiit 171
 salvarsaani kõrvaltoimed 168
 „ „ vastunäidustused 172
 salvarsaanne palavik 169
 salvarsaan-resistentne süüfilis 143
 samasuse-õpetus 12
 sarvkesta sügav põletik 121
sclerosis cerebrosppinalis multiplex 97
 seedeelundite süüfilis 73
 segašankrid 14, 25
 seljaaju 97, 105, 126, 202

seljaajukelme kõva põletik 97
 seljaajukuive 102, 105, 126, 203
 seljaajuvedelik, vt. liikvor
 serodiagnoos 138
 seroreaktsioonid 138
 seroresistentne süüfilis 183
 settereaktsioon 70
 sigimatus 60, 129, 202
Silbersalvarsan 168
 silmaavade jäikus 107
 silma süüfilis 92, 121, 201, 205, 220
 siseelundite süüfilis 57, 123, 195
 sisekõrva süüfilis 90
 skeem, süüfilise järkude 133
 solusalvarsaan 168
 soolte süüfilis 75, 198
 soonestik 142, 195
 spetsiifilised ravivahendid 150
Spirocid 173, 216—218, 230
 spirohheetide kultuurid 17
 spirohheet, kakkjas 15, 23, 28, 137,
 209, 235
 spirohheetne palavik 169
splenitis 72
 stomatiit 157, 163
Stovarsol, vt. *Spirocid*
 suboktsipitaalne punktsoon 148
 suguelundite süüfilis 34, 54
 sugupõlvede süüfilis 130, 135, 150
 suhkurtõbi 61, 82
superinfectio 135
 surnud laste sünnitamine 58, 113
 suuõõs 49, 117, 228
 sõrmede paistetus 118
 sääreluu kõverdumine 121
 söögitoru süüfilis 73
 söötraig 42, 46, 49
 südame süüfilis 63, 124, 195
 süfiliitiline palavik 27, 59, 77, 80, 87
 „ „ peavalu 60
 „ „ sigimatus 60
 „ „ suhkurtõbi 61
 sümptoomidevaba närvisüüfilis 149
 sünnipärane süüfilis 111
 süüfilise I järk 23
 „ „ II järk 28, 38, 39
 „ „ III järk 39
 „ „ IV järk 102
 süüfilise ravi 180

süüfilise tekitaja morfoloogia 15
„ äratundmine 137
synovitis hyperplastica 53
syphilis cerebrospinalis 97
syphilis congenita 111, 114

Zittmanni dekott 180

taabes 102, 105, 126, 203
taasnakatumine 134, 136
taboparalüüs 109
teisene nakkus 136
„ süüfilis 28, 38, 189, 193
tendinitis 34, 54, 228

tenesmid 85

tervistumine 147

Tetraphan 205

therapia ex juvantibus 141

tiisikus 71, 88, 199

tracheitis 86

trauma 38, 51

tsirroos, maksa 80

tsisternaalne punkteerimine 148

tuberkuloossed paised 42, 46, 49

tuberoosne süüfilis 40

tuiksoonte süüfilis 66

tumm nakkus 39

tõmbsoonte laiendid 42, 45

ulcus durum 24, 135, 136, 226

„ *mixtum* 14, 25

„ *ventriculi syphiliticum* 73

unguentum cinereum 153

unitaarne õpetus 13

vahelduv raviviis 184, 186

vaimse segasuse hoog 126

valgenahksus 36

valkkusesus 79, 83, 85

varane kaasasündinud süüfilis 114

varane ravi 189

varicella syphilitica 35

varikoossed paised 42, 45

WaR-resistentne süüfilis 143

Wassermanni reaktsioon 138

vastunäidustused salvarsaanile 172

veenide põletik 65

veenikomud 42, 45

vere analüüsid 137

veregrupid 142

vere provotseerimine 140, 147

vereringe-elundite süüfilis 62

veresoonte süüfilis 65

verevalumid nahas 118

„ sisekestadel 118

verevalum peajaaju 170

„ seljaajaju 98

veri ja süüfilis 70

verikomud 24

vesimunand 121

vesipea 118, 124

Vespasianuse nägu 118

vikerkesta põletik 93

vismut 159, vt. süüfilise ravi

vismuti kõrvaltoimed 162

vismutipreparaadid 161

vitium cordis 64

võrkkest 94

vähk 46, 47, 51, 61, 74, 75, 81, 85

välgutaolised valuhood 107

väliskuumekäigu süüfilis 90

väävli süsted 178

väävlivannid 179

„914“ 166, vt. süüfilise ravi

ühiskondlik profülaks 233

üldravi teostamine 187

üldtervise häired 59

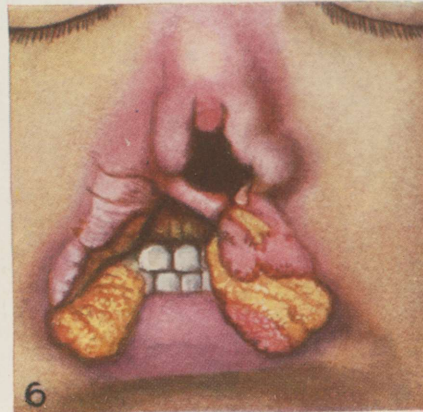
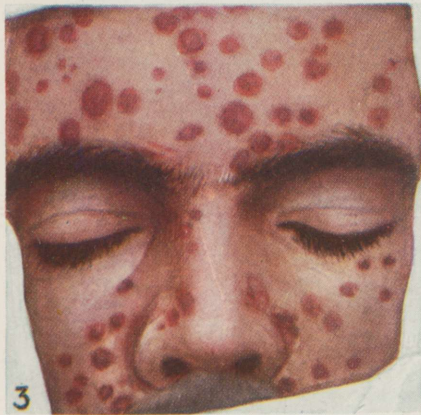
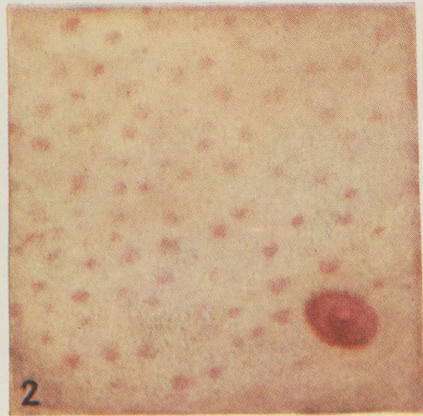
ülenenakatumine 134, 135

ülitundlikkus salvarsaani vastu 172

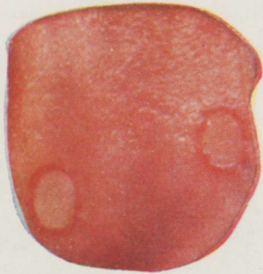
SISUKORD.

	Lk.
Eessõna	5
I. Ajaloolist süüfilisest	7
II. Süüfilise tekitaja ja katseline (eksperimentaalne) süüfilis	15
III. Süüfilisse nakatumine ja selle viisid	19
IV. Süüfilise jagamine järkudesse ja tema üldkulgemine	23
1. Süüfilise I järk ehk esmane süüfilis (<i>lues I seu primaria</i>)	23
2. Süüfilise II järk ehk teisene süüfilis (<i>lues II seu secundaria</i>)	28
Roseoolid — 29. Süfiliitiline angiin — 30. Paapulid —	
31. Luupõletik — 33. Meeste munandite süüfilis — 34.	
Munandimanuste süüfilis — 34. Laiad kondüloomid —	
34. Mädavilline ehk pustuloosne süüfilis — 35. Leuko-	
derma — 36. Teisele süüfilise latentne ehk peiteaeg	
(<i>lues II latens</i>) — 37. Nähtudeta süüfilis — 39.	
3. Süüfilise III järk ehk kolmandane süüfilis (<i>lues III seu</i>	
<i>tertiaria</i>)	39
Tuberoosne ehk kõbruline süüfilis — 40. Muhuline ehk	
gummoosne süüfilis — 43. Hilissüüfilise nähud lima-	
nahkadel — 47. Hilissüüfilise nähud luustikus, liigestes	
ja lihastes — 51. Suguelundite hilissüüfilis — 54.	
4. Siseelundite süüfilis (<i>lues visceralis</i>)	57
A. Üldtervise häired	59
Süfiliitiline palavik — 59. Süfiliitiline peavalu (<i>cephalea</i>	
<i>syphilitica</i>) — 60. Süfiliitiline sigimatus — 60. Süfiliiti-	
line suhkurtõbi — 61. Süüfilis ja vähk — 61.	
B. Elundkondade süüfilis	62
Mahlasoonte ja -näärmete süüfilis — 62. Vereringe-	
elundite süüfilis — 62. Seedeelundite (söögitoru, mao,	
soolte, maksa, kõhunäärme) süüfilis — 73. Erituselundite	
(neerude ja kuseteede) süüfilis — 83. Hingamis- elundite	
süüfilis — 86. Kuulmiselundite süüfilis — 90. Nägemis-	
elundite süüfilis — 92. Närvisüsteemi (piirde- närvide,	
selja- ning peaaju) süüfilis — 95.	

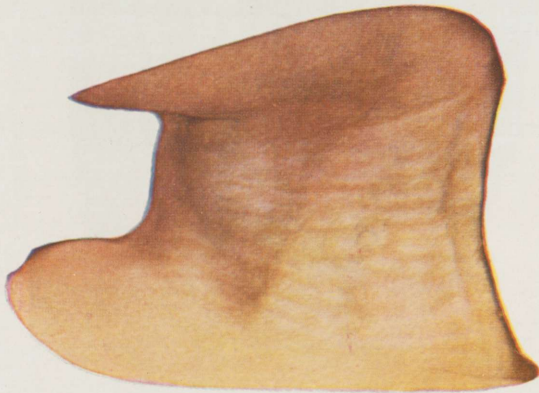
	Lk.
5. Süüfilise IV järk ehk neljandane süüfilis (<i>lues IV seu quartana</i>)	102
Progressiivne paralüüs (<i>paralysis progressiva</i> ehk <i>dementia paralytica</i>) — 102. Seljaajukuive (<i>tabes dorsalis</i>) — 105.	
V. Kaasasündinud ehk sünnipärane („pärilik“) süüfilis (<i>syphilis congenita</i>)	111
VI. Süüfilise üksikute kujude klassifikatsioon	132
VII. Ohustumatus (immuniit). Üle- ja taasnakatumine	134
VIII. Süüfilise diagnoosimine ehk äratundmine. Vere ja liikvori analüüsist	137
IX. Süüfilise prognoos ja resistentne süüfilis	141
X. Millal võib süüfilishaiget arvata mitterakatavaks ja millal tohib ta abielluda	144
XI. Süüfilisest tervistumise kindlaksmääramine	147
XII. Süüfilisevastased ravimid, nende kasutamise viisid, toime ja kõrvaltoimed	150
1. Spetsiifilised ravivahendid	150
Elavhõbe (<i>Hydrargyrum</i>) — 150. Vismut — 159. Arsenobensool ja tema aseained — 163. Jood — 174.	
2. Ebaspetsiifilised ravivahendid	177
Palavikku tekitavad ravimid — 178. Kuld — 178. Malaa-ria — 179. Kümbused — 179.	
XIII. Süüfilise ravi	180
1. Ravimise põhialused	180
2. Ravimeetodid	184
3. Üldravi teostamine	187
Esmase seronegatiivse süüfilise üldravi — 187. Esmase seropositiivse ja varase II järgu süüfilise üldravi — 189. Latentse ja manifestse hilise II ja III süüfilisjärgu üldravi — 193. Süüfilise IV järgu (taabese ja progressiivse paralüüsi) ravi — 203. Resistentse süüfilise ravi — 207. Rasedate ravi — 208. Kaasasündinud süüfilise ravi — 209. <i>Novarsenol'i</i> , <i>Myarsenol'i</i> , <i>Osarsol'i</i> , <i>Bijochinol'i</i> , <i>Bismoverol'i</i> ja elavhõbeda-preparaatide kombinatsiooni-dega teostatava süüfiliseravi skeem — 221. Süüfilisnähtude paikne ravi — 226.	
XIV. Süüfilise vältimine ehk profülaks	229
1. Isiklik profülaks	229
2. Ühiskondlik profülaks	233
3. Retsidiivide ja närvisüüfilise profülaks	235
4. Imikute süüfilise profülaks	235
5. Kaasasündinud süüfilise profülaks	235
Sisuregister	240



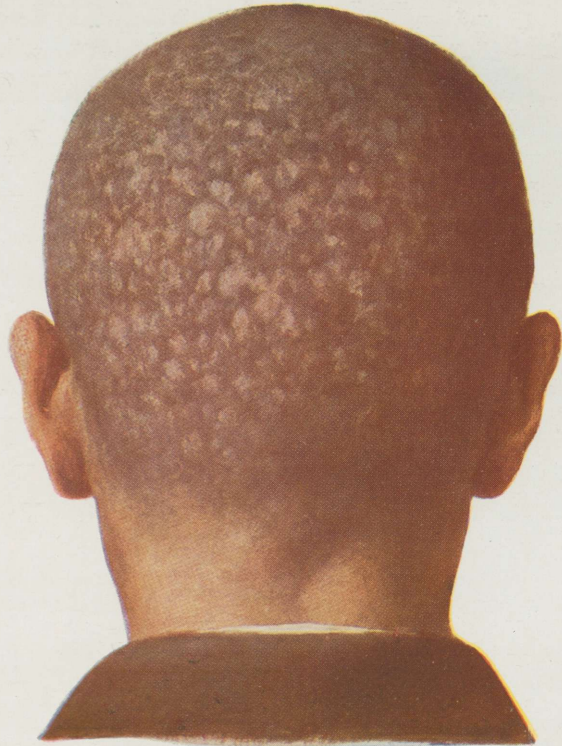
1 — süfiliitiline esmashaavand ehk kõva šanker; 2 — roseoolid rinnal; 3 — paapulid; 4 — paapulid limanahal; 5 — retsiidiivsed paapulid; 6 — lagunev gumma.



Kõvad šankrid keelel.



Süfiliitiline leukoderma kaenal.



Süfiliitiline juuste väljalangemine ($\frac{1}{2}$ aastat pärast nakkust).



Tubero-serpiginoosne (kolmandane) süüfilis seljal.



Kolmandane süüfilis peopesal.



Kaasasündinud süüfilis (süfiliitiline pemfigus).



Kaasasündinud süüfilis (papuloosne lööve ühekuusel lapsel).

TÜ RAAMATUKOGU



10300015935267

8

A

14252

i 330 97902

A

14252

i 330 97902

DR. MED. G. KORNEL

Dr. med. G. KORNEL — SÜÜFILIS

SÜÜFILIS

TARTU EESTI KIRJASTUS