--32408

I Eesti Arstide Kongress

Tartus 2—4 detsembril 1921 a.

Kongressi pääsekretäri Dr. med. **S. Talvik**'u kokkuvõte.

Le I Congrès des Médecins d'Esthonie

à Tartu-Dorpat du 2 au 4 decembre 1921

Résumé du secrétaire général Dr. med. S. Talvik.

Äratrükk „Eesti Arst"ist № 2—12. 1922 a.).

MED. H. NORMANNI TARTUS

Tartu 1922.

Sisu. Index.

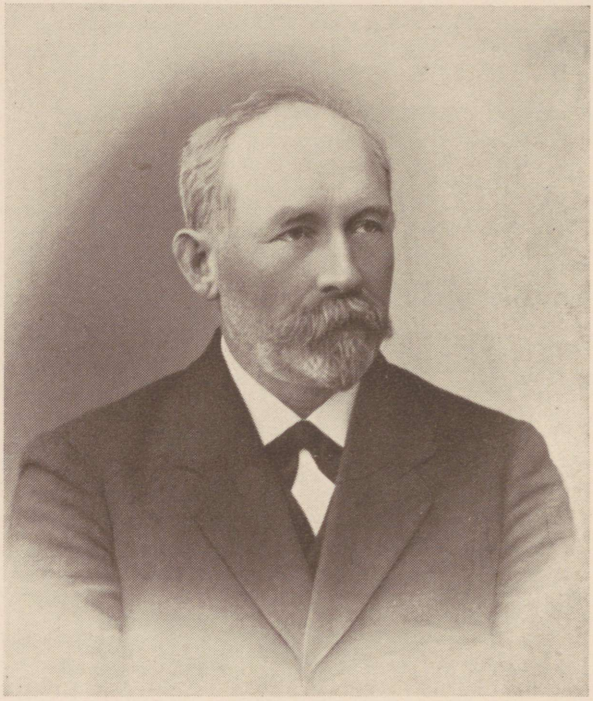
Sektsioon I: Avalik meditsiin. Üldised ained. Lhk. Pag.

H. Alwer: Tiisikus Lääne maakonnas 82
E. Blessig: Richtlinien für eine Blindenzählung in Estland 81
J. Brennsohn: Skizzen aus dem Medizinalleben Alt-Estlands . . 81
Citović: Опыт примѣненія количественной модификаціи реакціи Pirquet в народной школѣ 234
A. Falck: Die Schlammkur in den einheimischen Badeorten . . . 235
E. Fischer: Die Aufgaben des Arztes als Kulturträger in nächster Zeit 242
Jerwan: Eesti sõjaväe tervishoid ja statistilised andmed selle kohta rahuajal (2 pildiga tekstis) 69
Y. Kajava: Über anthropologische Eigenschaften der Finnen (1 pildiga) 353
H. Kukk: Eesti vabariigi raudteede üldine tervishoid 76
Lensin: Vabariigi raudteede tervishoiu statistika üle 1920 a. . . . 78
A. Lüüs: Lastekaitse Õhtu-Euroopas 85
H. Maddisson: Mõned märkused kooli tervishoiust (2 pildiga) . . 227
A. Mõttus: Tervishoiu tähtsusest riigi ja rahva elus 66
L. Puusepp (Pussep): О совмѣстной научной работѣ врачей окраинных государств 196
„ „ „ О дефективных и отсталых дѣтях 225
„ „ „ О спеціальном образованіи военных врачей 454
A. Rammul: Ülesanded koolitervishoiu alal 232
„ Lähemad ülesanded tervishoiu alal 500
J. Vilms: Sport koolis ja väljaspool kooli 234
„ Taylorism tervishoidlise vajadusena Eestis 241
B. Wogas: Eesti Punase Risti tegevus rahuajal 73
Resolutsioon rajariikide arstkondade teadusliku koostöötamise asjus 462
Resolutsioonid avaliku meditsiini aladelt 502

Sektsioon II-a: Eksperimentaalne meditsiin.

R. Adelheim: Über die nichteitrige Encephalitis 392
A. Audowa: Lihaste atrofeerumisest tegevusetuse tagajärjel . . . 144
F. v. Bormann: Die Abhängigkeit der Entwickelung der äusseren Genitalien des Meerschweinchens und Kaninchens vom Alter des kastrierten Tieres. (Demonstr.) 151
A. Johanson: О вариаціах у Spirochaete Obermeieri 403
H. Kull: Kromaffiini ja feokroomi rakkude üle 398
T. Laitinen: Die Alkoholfrage in der Beleuchtung einiger wissenschaftlicher Untersuchungen der allerletzten Zeit 197
A. Lipschütz: Neue experimentelle Untersuchungen zur Frage der kompensatorischen Hypertrophie des Testikels 387
A. Loewe: Über phenolhaltige Schlafmittel 389
A. Nikula: Die Alkoholverbrecher und ihre Behandlung 135
B. Ottow: Über die Bedeutung der innersekretorischen Funktion des Eierstockes für den menstruellen Phasenwechsel des Endometriums 145
N. Popoff: Наслѣдственность у человѣка 398
R. Tigerstedt: Die Strömung des Blutes in den Arterien 485
A. Ucke: Über akute gelbe Leberatrophie 130
„ Zur Lösung des Entzündungsproblems 377
A. Valdes: Glükogeen südame ärritusjuhesüsteemis 39
K. Willemi: Muudatustest vereliblede arvus kehalikkude harjutuste mõjul 401
K. Wagner: Demonstration mikroskopischer Hodenpräparate . . 150

f 232/1957 9



Prof. Dr. med. H. Koppel

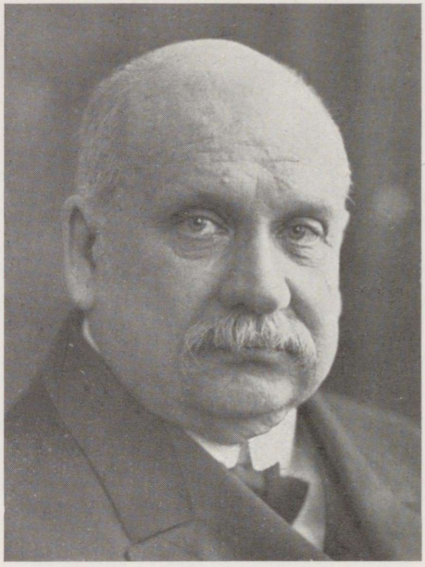
E. V. Tartu ülikooli Rektor magnificus
I Eesti arstide Kongressi President.

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

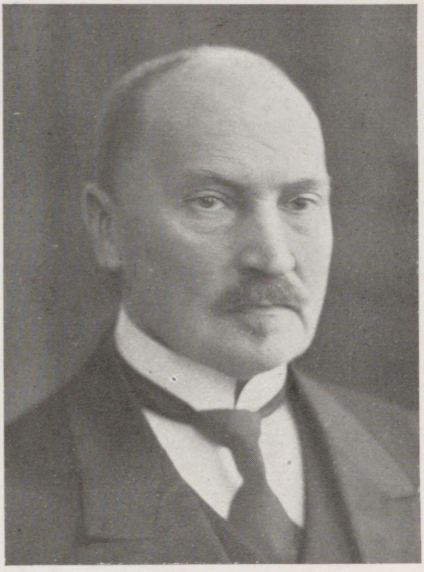
Eesti arstide näopildid.
№ 2.

Portraits des médecins esthoniens.
№ 2.

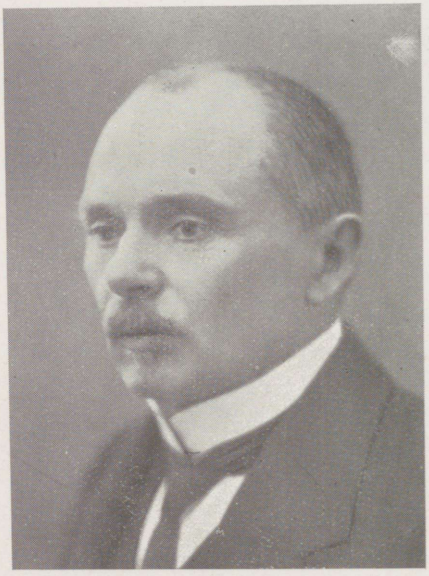
K. Mattiesen, Tartus.



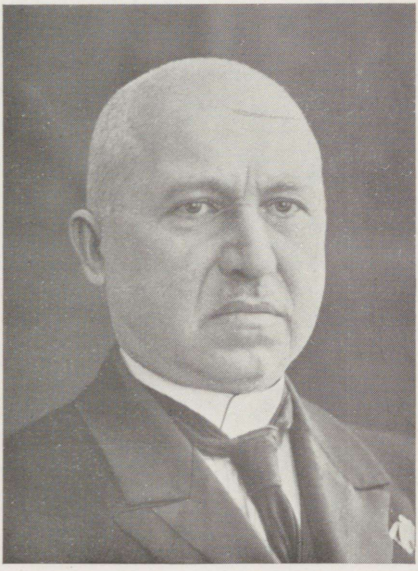
R. Tigerstedt-Helsingi



T. Laitinen-Helsingi



J. Alksnis-Riia



F. Bagdonas-Kovno

I. Eesti arstide kongressi auu-presiidium

K. Mattiesen, Tartus.



I Eesti Arstide Kongress

Tartus, 2—4 dets. 1921 a.

Kongressi pääsekretäri Dr. med. S. Talvik'u kokkuvõte.

(I Congrès des Médecins d'Esthonie à Tartu-Dorpat du 2 au 4 decembre 1921. Resumé du secrétaire général.)

Avamiskoosolek. — Ouverture du congrès.

Juba kongressi eelõhtul, 1 dets. k. 6, oli selle pidulik avamiskoosolek. Liikmekaarte oli väljaantud üle 270. Ehitud aula täidetud kongressi liikmetega ja võõrastega. Kõnetooli kohal Eesti lippude vahel viie rajariigi lipud, neist paremal pool Prantsuse ja Inglise, pahemal pool Põhja-Ameerika Ühisriikide ja Saksamaa omad. Punkt kell $6^1/_4$ astus saali riigivanem K. Päts, ülikooli rektori prof. H. Koppeli ja Tartu Eesti arstide seltsi esimehe prof. J. Miländeri saatel. Koosolejad tõusivad püsti. Kõlas sõjaväe orkestri poolt ettekantud Porilaste marss. Paari sissejuhatava sõna järele prof. J. Miländeri poolt astus kõnetooli riigivanem, kes omas lühikeses kõnes rõhutas, et ühine töö kõvemaid sidemeid sõlmib rahvaste vahel, kui seda on juhuslised poliitilised sidemed ja tervitades kongressi liikmeid Eestist kui ka rajariikidest ja nende ühisele tööle edu soovides I Eesti arstide kongressi avatuks tunnistas. Järgnes juhatuse valik, mida per acclamationem toimetati: kongressi esimeheks prof. Dr. H. Koppel, abiesimeesteks: Dr. med. J. Luiga, prof. Dr. A. Rammul, prof. Dr. K. Konik ja prof. Dr. A. Paldrock peasekretäriks dotsendi k. t. Dr. S. Talvik. — Siis kanti ette kolm eeskavalist pidukõnet:

1) E. V. tervishoiu peav. juhataja Dr. A. Mõttus: **Tervishoiu tähtsusest riigi ja rahva elus.** (Sur l'importance d'hygiène publique pour l'état et la nation). Viimasel aastakümnel on tsiviliseeritud inimkond omaks võtnud vaate, et ühiskonna tervishoidu tähtsamaks arstiteaduse haruks lugema peab. Tema võidukäigule on teed rajanud alatasa kasvav ja süvenev kultuur. Kuid viimase häid saavutusi saadavad lahutamalt mitmesugused pahed: eluviiside ebaloomulikkus, nende raffineerumine, tundmuste ja tujude mäng, sündimiste arvu vähenemine, alkoholism, suguhaigused oma kurjade ja kurbade tagajärgedega. Siin ilmubki ühiskonna tervishoid kui tähtis tegur. Tema ülesandeks on igakülgne hoolekand rahva tervise eest, alates emade ja lastekaitsest, võitlusest rinnalaste surevuse vastu, toitmis-, elamis- ja tööstustervishoiust, ning lõpetades hoolekandega vaimuhaigete, pimedate ja invaliidide eest. Erilise hoole alla võtab ta rahva noorsoo, luues temale kasvamiseks loomulikult terveid tingimisi. Töölistena kõigil neil tööväljadel esinevad kõigepäält arstid, kes ei taha olla mitte ainult haigete ravitsejateks, vaid rahva kasvatajateks ja juhtijateks neil teedel, mis haigustest eemale viivad, õpetades haiguste ärahoidmist ja luues inimestele elamiseks tingimisi, mis haiguste tekkimise võimalusi miinimumini vähendavad. Ka meie väikene rahvas ootab sellel alal kõige laiemat kaastööd meilt — arstidelt. Vähe oleme seni teinud ühiskonna tervishoiu alal. Töö on alles ees ja teha on palju. Ei ole meil suuri kogemusi selle töö jaoks ega ülevoolavat jõudu, kuid tegema seda, mida mõistame ja suudame, peame siiski ja mida ei mõista, seda peame õppima teistelt, vanematelt kultuur-rahvastelt — see on meie püha kohus! (Kõne ilmus sõnasõnalt „Postimehes" № 281, 3. XII. 1921).

*

2) Prof. L. Puusepp: **Психическіе процессы с точки зрѣнія современной неврологіи.** (Les procédés psychiques au point de vue de la neurologie actuelle). Докладчик отождествляет нервную и психическую энергіи, разсматривая ее как особый вид міровой энергіи и полагает, что психическіе процессы могут быть также разложены на свои составныя части и могутъ быть сведены к рефлексам. В этом отношеніи наблюденіе простѣйших организмов и метод условных рефлексов дает много доказательств.

В то время, как в одноклѣточных организмах психическая и нервная дѣятельность не имѣет особых аппаратов, у многоклѣточных для этой дѣятельности существуют особые аппараты — скопленіе нервных клѣток, а у человѣка особый орган — головной мозг. Долгое время локализація психической функціи в головном мозгу представляла большія затрудненія, так как не удалось примѣнить такой метод, при помощи котораго явилось бы возможность изслѣдовать эту сторону дѣятельности головного мозга.

Клиническія наблюденія, патолого-анатомическія данныя, изученіе сравнительно-анатомическое головного мозга, а также нѣкоторые физіологическіе опыты говорят за то, что психическая дѣятельность локализована в лобных долях мозга. Изслѣдованія Franz'a, Kalischer'a и друг. подтвердили это предположеніе. Однако, другіе авторы (Monakow) приходят к заключенію, что лобныя доли не играют такой роли и считают, что психическія функціи принадлежат четвертому слою мозговой коры во

всем его протяженіи. Докладчик на основаніи своих наблюденій полагает, что безусловно необходимо считать, что в каждом участкѣ коры мозга заложены болѣе простыя психическія функціи, что мы можем наблюдать в клиникѣ при операціях на головном мозгу; при экстирпаціи коры головного мозга, даже в двигательной, области выпадают нѣкоторыя функціи безусловно простѣйшаго психическаго характера. Он приходит к заключенію, что психическія функціи заложены во всей корѣ головного мозга (4-й слой), но кромѣ того, лобныя доли играют роль регулирующаго и координирующаго психическіе процессы органа и поэтому при пораженіи этих участков головного мозга проявляется нарушеніе психики не специфическаго характера, а общаго.

*

3) Prof. A. Paldrock: **Ülesanne, millega viivitada ei tohi.** (Tâche, avec lequel il ne faut pas hésiter).

Praeguse kongressi jööst on silmapaistev osa suguhaiguste küsimusele määratud. On ju need haigused kohutav- kiirelt meie noores riigis laiali lagunennd. Laialt tuntud on siifilise laastav ja hävitav mõju, mispärast riik kohustatud on kõikide ajakoha te abinõude tarvitamisele võtmisega siin tõsiselt võitlusesse astuma. Ka terve seltskond peab organiseerituna ühes aitama.

Tähtsat osa suguhaiguste laiali laotamisel mängib prostitutsioon. Praegu on prostitutsioon teda taltsutavaid piirisi kaugele seljataha jättes sedavõrd laiali lagunenud, et ta nõudmist rahuldamise seisukorrast üle läinud on ennast päälesundiva seisukorrale

Suguhaiguste laialilagunemise pää hallikaks aga tunnistas 1919 a. Bloch mitte enam avalikku naisterahvast, vaid noorte inimeste vabat läbikäimist, kus juures noored tütarlapsed noorte meeste moraali omandanud on (Derm. Wschr. 1919 № 49). Ka meil ei ole avalikud naisterahvad enam suguhaiguste laialilagunemise pää hallikaks, vaid see sünnib just väljaspool registreerimist seisvate naisterahvaste läbi, nagu ma seda äranäidanud olen (Acta et Commentationes Universitat s Dorpatensis: A. I. 1920). Asjata oleks siin ainult avaliku naisterahvaste prostitutsiooni vastu võidelda, siin peavad määrused jõusse astuma, mis pahe tema üleüldsuses tabavad.

Selle pärast peavad võimalikult laiad ringkonnad suguhaiguste küsimustega tuttavaks saama. Seletustega tehtagu algust juba vanemates klassides koolis tervishoiu õpetamise juures. Iga üks peaks teadma, kuida suguhaiguste külgehakkamise vastu end kaitsta tuleb. Alkoholi kaasaitav mõju suguhaiguste laialilagunemisel peab tuttavaks saama. Haigeks jäänutele peab hoolas ja asjakohane ravitsemine maksuta ja kergesti kättesaadav olema. Varane haiguse äratundmine ja ravitsemisele võtmine on ülitähtis. Kõik haiged peavad registreeritud saama ja on nad kohustatud end ravitsema; tarbekorral võetakse sunduslik ravitsemine ette. Meelega haiguste laialilaotajaid võetakse seaduslikule vastutusele. Avalikkude naisterahvaste registreerimine ja sunduslik järelvalve kaotatakse ära, kui äraiganenud ja otstarbetu. Asemele seatagu „isiklik vastutus.“ Riik peab iga

kodanikule võimaldama suguhaiguste kindlakstegemise suhtes maksuta läbivaatamist saavutada.

Nendes suhtes panti Rootsis juba 20 juunil 1918 „lex veneris“ maksma (Münch. Med. Wschr. 1918) ja Saksamaal on ta praegu sissesäädmisel.

Vastuvaidlemata tunnistan ma neid probleeme väga keerulisteks: nende lahendamisel peavad nii tervishoid kui valitsus, moraal ja ühiskondlik poliitika käsi käes töötama.

Sellel alal on juba septembris 1899 aastal Brüsselis esimene rahvusvaheline kongress kokku astunud, mille tagajärjena peaaegu kõikides kultuuri riikides suguhaiguste vastu võitlemise probleemi lahendamine algas. Saksamaal näituseks asutati juba 1902 aastal „die Gesellschaft f. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ kellel 35-es suuremas linnas haruseltsid. Kogu seltsi tegevuse ajal on tuhandeid kõnesid peetud. Selts on tuhandeid lendlehti ja muud kirjandust laiali laotanud. Seltsiliikmeteks ei ole kaugeltki mitte ainult arstid, vaid on isikud kõikidest ringkondadest ja igale ühele leidus tööd. Just selle tõttu sai seltsi tegevus viljarikkaks, kuna riigiametikohtadele üksinda suguhaiguste vastu võitlemine kättesaamataks probleemiks oli jäänud.

Ka meil tuleb seda teed käia!

Et selle töö juures kiiju tegelaste kogu mõtlemise viis ka väga mitmesarnane olema saab ja olema peab, on kerge oletada. Vastastikune vastutulelik arusaamise püüe aga saab edasi aitama. meid kodanlisele tegevusele kasvatades. meie riiklise tähtsusega tegevusele kasutoovat pinda looma. (Kõne ilmus sõnasõnalt „Päevalehes“ 3 dets. 1921 a.)

*

Kõnedele järgnesid tervitused, mida ütlesid rektor prof. Dr H. Koppel E. V. Tartu ülikooli poolt, prof. Dr. Robert Tigerstedt — Helsingi ü ikooli arstiteaduskonna ja Finska Läkaresällskapet'i poolt, prof. Dr. Yrjö Kajava — Soome arstideühingu „Duodecim'i“ poolt (Eesti keeles), Dr. Bechamp — Prantsuse ametivendade, dotsent Dr. Alksnis — Läti ülikooli arstiteaduskonna, dotsent Dr. Barons — Riia Läti arstide seltsi ja Läti vabariigi tervishoiu peavalitsuse, Dotsent Dr. Jankovsky — Läti Punase Risti, dotsent Dr. Adelheim — Riia Saksa arstide seltsi, Dr. med. J. Brennsohn — Riia Juudi arstide seltsi, Dr. Kron — Riia Vene arstide seltsi, Dr. med. A. Bettac — Liibavi arstide seltsi, Dr. J. Bagdonas — Leedu vabariigi tervishoiu peavalitsuse, Dr. Sližys — Leedu sõjaväe tervishoiu valitsuse poolt*),

*) Warsavi ülikool arstiteaduskonna poolt delegeeritud prof. François Czubalski ei olnud haiguse pärast mitte saanud välja sõita. Poola tervishoiu ministeeriumi poolt jõudis hiljem kätte kirjalik tervitns, niisama Ungari esitaja Dr. Jungerth'i poolt. Ameerika Punase Risti esitajana tuli järgmisel päeval kongressile col. Dr. Ryan.

E. V. haridusminister Bauer — Eesti Punase Risti, Dr. med. J. Luiga — riigikogu tervisboiu kommissiooni, prof. Dr. K. Dehio — Eestimaa arstidepäeva, Dr. med. Girgenson — Tallinna Saksa arstide seltsi, Dr. med. J. Meyer — Tartu Saksa arstide seltsi, Dr. Kolpakoff — Tallinna Vene arstide seltsi ja dotsent J. Saral — Eesti loomaarstide seltsi poolt. — Loeti ette rida tervitustelegramme, mida saatnud olid Tartu linnavalitsus, Viljandi linnavalitsus, Viru maakonnavalitsus, Eesti naisorganisatsioonide liit, kes loodab, „et kongress õige tee leiab meie valusama ühiskondlise pahe — suguhaiguste vastu võitlemiseks, et kongressi tegevuskavas puuduma ei saa emade ja laste tervise kaitse küsimused", teise diviisi nimel kindralmajor Põdder: „elagu meie kannatuste kergendajad ja valu vaigistajad vabadussõja lahingutes", Eesti farmatsöitide ühisus ja estländischer pharmaceutischer Verein.

Sõjaväe orkestri poolt ettekantud rahvahümniga lõppes hästi kordaläinud avamiskoosolek kell 8 õhtul.

Kell 9 algas „Vanemuises" Eesti üliõplaskonna kontsert-ball, kuhu kongressi liikmeid suurel hulgal oli ilmunud ja kus lõbusas meeleolus kunni hilja ööni koos viibiti.

I Sektsioon: Avalik meditsiin. — I Section: Médecine publique.

Koosolek 2 dets. 1922 k. 9 e. l. zooloogia instituudi auditooriumis.

Koosoleku avas prof. A. Rammul. Juhatajaks valiti prof. Yrjö Kajava, Helsingist, abiks dotsendi k. t. A. Lüüs, Tartust, sekretäriks Dr. H. Alver, Haapsalust. Järgnesid referaadid:

4) San. al.-polkovnik Dr. Jervan: **Eesti Sõjaväe tervishoid ja statistilised andmed selle kohta rahuajal.** (La santé de l'armée esthonienne avec les données statistiques). Sõjaväe teenistuse kohustus on rahvale määratu suure tähtsusega kooliks te vishoidlises ja ka kasvatuslises mõttes. On kindlaks tehtud, et riikides, kus sõjaväe teenistuse kohustus maksev on (Prantsusmaal, Saksamaal), surevuse murdjoon meeselanikkude kohta 21 kuni 30 aastani harilikku tõusu ei näita, vaid koguni langeb, kuna Inglismaal, kus sõjaväe kohustus maksev ei olnud, surevuse murdjoon alatasa ka nimetud teenistuse aastatel tõuseb.

Eesti sõjaväe tervislist seisukorda rahu ajal esitav statistiline materjal käsitab peaasjalikult kolme küsimust: a) surevus sõjaväes, b) haigused sõjaväes, c) sõjaväe teenistusest vabastamine haiguste tagajärjel.

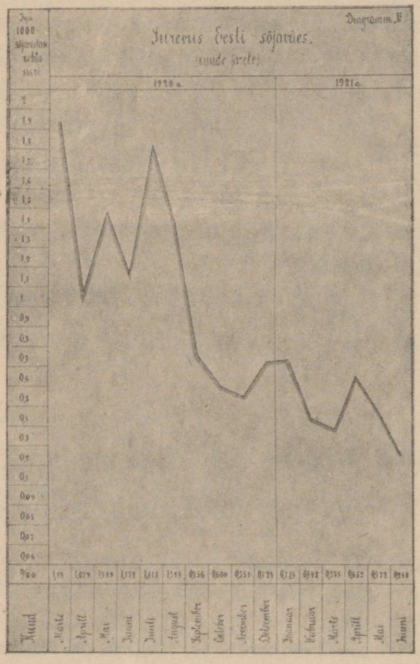
Surevus: 1920 a. viimase 10 kuu jooksul, see on juba rahuajal, tuli iga 1000 sõjaväelase kohta 11,55 surmajuhtumist 1. VII. 1920—1. VII. 1921 — 6,8

juhtumist, 1921 a. I poolel aga ainult 2,93 juhtumist, mis oletada lubab, et rahuajal Eesti sõjaväes surevuse arv 1000 kohta palju üle 3 ei tõuse.

Enne maailma sõda suri iga 1000 sõjamehe kohta ühe aasta jooksul:

Daanimaal	1,4 meest.	Hispaanias	3,2 meest.
Saksamaal	1,9 „	Jaapanis	3,4 „
Inglismaal	2,4 „	Prantsusmaal	3,8 „
Belgias	2,6 „	Itaalias	3,8 „
Austria-Ungaris	2,8 „	Venemaal	4,1 „

Sellest näeme, et surevus rahuajal Eesti sõjaväes välisriikidega võrreldes kuni viimase ajani suurem oli, mis tingitud sõja tagajärgedest ja taudidest, kuid loota võib, et selles suhtes seisukord paraneb ja viimaste kuude aruanded tõendavad ka seda (vôrdle diagramm № 1).



Surevus Eesti sõjaväes.
Mortalité dans l'armée esthonienne.

Surma põhjused: Surevus E. sõjaväes on peaasjalikult haigustest tingitud, kuna surevuse % enesetapmise ja õnnetu juhtumiste läbi õige väike (2—3% surevuse kogusummast). Teistes riikides on enesetapmise% palju suurem, näituseks Saksamaal. Kõige rohkem on surnud 1920 a. külgehakkavate haigustesse (59,66%), järgneb kopsu- ja kopsukelme-tiisikus (9,54%) j. n. e.

Külgehakkavate haigustesse suri enne ilma sõda iga 1000 mehe kohta ühe aasta jooksul:

Saksamaal	0,59
Belgias	0,71
Inglismaal	0,76
Itaalias	1,6
Ameerikas	1,7
Prantsusmaal	2,0
Venemaal	2,2
Eestis (1920 a.)	5,9

1921 a. I poolel oli see arv ainult 0,25‰, mis aasta kohta ainult umbes 0,5‰ annaks. Suur surevus 1920 a. oli tingitud pleki- ja kõhutõve taudidest. 1921 a. Eesti sõjaväes taude ei olnud, selle tõttu läheneb meie surevuse protsent vastavate arvudele Lääne-Euroopas. Selle eest on nüüd esimese kohale asunud kopsu- ja kopsukelme tiisikus — 13,70% surevusega.

Haigete liikumisest Eesti sõjaväes rahuajal selgub, et 1920 a iga 1000 mehe hulgast 488 haigeks jäänud ja haigemajasse paigutatud on; 1921 a. kuue kuu jooksul on see arv 301, mis terve aasta kohta kuni 600-ni võiks tõusta. Teistes riikides, peale Daanimaa, on see arv märksa vähem Nende arvude põhjal sõjaväe tervislise seisukorra üle Eestis järeldusi teha ei

ole võimalik, sest et igas riigis on isesugused eeskirjad ja määrused haigemajadesse paigutamise kui ka registreerimise kohta. Vahekord haigemajas ja ambulatooriliselt ravitsetute vahel oli:

Saksamaal (1910 a.) kui 1:1,6 kohta,
Belgias kui 1:1,5 kohta,
Austria-Ungarias kui 1:1,2 kohta,
Itaalias kui 1:0,66 kohta.

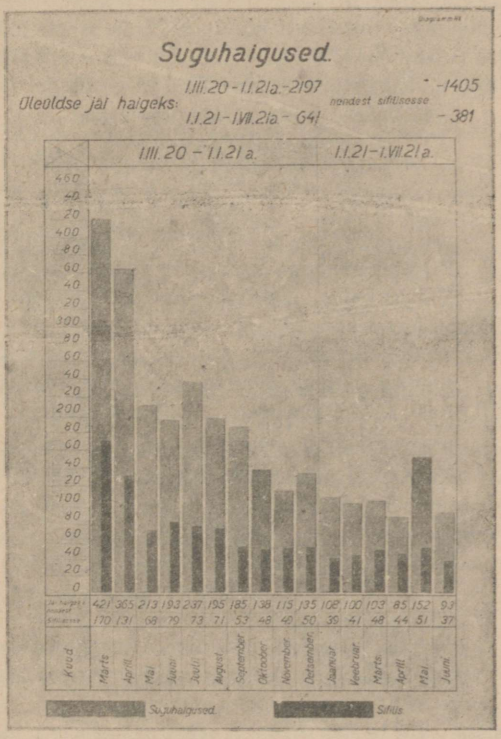
Eesti sõjaväes oli see vahekord 1920 a. aga kui 1:8,7 kohta ja tänavu koguni kui 1:14,5 kohta. Need arvud tõendavad, et ka Eesti sõjaväes veel praegu Vene ajast sisse juurdunud ebakomme, asjata ambulantsis käia ja sellega teenistusest kõrvale puigelda, maksev on.

1920 a. on haigemajadesse paigutatud 15.876 sõjaväelast, 1921 a. kuue kuu jooksul 4.815 meest.

Haiguste gruppede peale üleminnes leiame, et 1920 a. esimel kohal külgehakkavad haigused seisid, teisel — välised, kolmandal — kopsu, siis suguhaigused j. n. e. 1921 a. on meie sõjaväes välised haigused esimese koha peal, teisel kohal — hingamise orgaanide, kolmandal — suguhaigused ja alles neljandal kohal — külgehakkavad haigused.

Kõige vähema arvu, nii meil kui ka välisriikides, annavad ergukava ning neeru haigused.

Erilist tähelepanemist nõuavad andmed suguhaiguste üle.



Suguhaigused Eesti sõjaväes.
Maladiees vénériennes dans l'armée esthonienne.

1920 a. 10 kuu jooksul ravitseti Eesti sõjaväes 792 sifiliitikeri ja 1405 tripperi ja schankeri haiget. 1921 a. kuue kuu jooksul 260 sifiliitikeri ja 381 muu suguhaigust. 1920 a. jäi iga 1000 sõjaväelase kohta 23,12, 1921 a. kuue kuu jooksul 16,25 meest siifilisesse haigeks. Muude suguhaigustesse — 1920 a. 41,02‰, 1921 a. 23,81‰, millest selgub, et suguhaiguste arv meil Eesti sõjaväes vähenemise tendentsi ülesnäitab (võrdle diagramm № 2).

Abinõudeks suguhaiguste vastu võitlemiseks võiks nimetada järgmised: a) selgitavad loengud suguhaiguste üle, b) hospitaalne ravitsemise viis

vilunud spetsialistide juhatusel ja c) kaitserohu maksuta väljajagamine sõjaväelastele.

Mis puutub teenistusest vabastamisesse haiguste gruppede järgi, siis eriti suur % vabastamistest langeb tiisikuse peale, sellele järgnevad silma, siis kõrvahaigused j. n. e.

Veel lühike ülevaade rahvaväe kommisjonide tegevuse kohta:

Vabaduse sõja ajal andis mobilisatsioon 52,8% teenistuseks kõlbulikke sõjaväelasi, kuna 47,2% kas kõlbmataks tunnistati ehk muudel põhjustel isamaad kaitsma ei kutsutud. 1920 ja 1921 a. võtsid rahvaväe kommisjonid sõjaväe teenistuseks kõlbulikkudena tervelt 84,8% noorimehi vastu (nendest 81,2% reateenistusse ja 3,6% rivitu teenistusse), see on 32% rohkem kui sõjaajal. Kõlbmataks tunnistati ainult 5,8% ja ajapikendust lubati, pääasjalikult hariduse jätkamiseks, 9,4%. Kõige suurema kõlbulikkuse % andis Petseri maakond — 94,1%, kõigevähema aga Tallinn — 65%.

Teenituseks kõlbmataks tunnistati:

§ 60	põhjal (tiisikus)	16,9%
§ 63	„ (südame haigused)	14%
§ 80	„ (suurte liigendite vigastused)	16%
§ 77	„ (idiotism, nõdrameelsus)	3,4%

Petseri maakond andis kõige suurema idiootide ja nõdrameelsete arvu.

Väl sriikides vastavaid andmeid otsides leiame, et Saksamaal rahuajal kõlbmataks tunnistati 6,3%, Jaapanis 10,8%, Prantsusmaal 12,8%, Itaalias 24,8%, nii et meil kõlbmatute % (5,8) kõige väiksem on.

Lõpuks mõningad andmed sõjaväe sanitaar-personaali kohta:

I. III. 1920 a.	tuli ühe	arsti	kohta	väeosades	1165	sõjaväelast,	praegu	571;
„ „ „ „		velskeri	„	„	169	„	„	154;
„ „ „ „		arsti	„	haigemajades	63	voodit	„	34;
„ „ „ „		õe	„	„	35	„	„	28;
„ „ „ „		velskeri	„	„	46	„	„	36;

Resumé.

1) Ein Vergleich mit den Armeen westeuropäischer Staaten lehrt, dass der Gesundheitszustand der estnischen Armee gegenwärtig ein befriedigender ist.

2) Die gegenwärtige Sterblichkeit in der estnischen Armee ist nicht grösser, als in den Armeen westeuropäischer Staaten:

a) die Infektionskrankheiten geben einen relativ geringen Sterblichkeitsprozent (0,05%).

b) die allgemeine Sterblichkeit ist innerhalb der letzten Monate bedeutend abgesunken.

3) Die Zahl der Geschlechtskranken in der estnischen Armee ist in der letzten Zeit im Abnehmen begriffen.

4) Die Statistik der Rekruten-Aushebungskommissionen lehrt, dass gegenwärtig der Prozent der Diensttauglichen in Esti um 32% höher ist, als zu Kriegszeiten. Der Prozent der Dienstuntauglichen (5,8%) ist geringer, als sonstwo in Westeuropa.

*

5) B. Wogas: **Eesti Punase Risti tegevus rahuajal** (Le travail de la Croix Rouge Esthonienne au temps de paix).

E. P. R., vaatamata lühikese arenemise aja ja raskus e peale, on võrsunud ja kasvanud juba tugevaks. Sõda andis meile raskeid hoope: sõjamehed tulid koju vigastutena, haigetena; langenute sõdurite väikesed lapsed jäid isata, perekonnad toitjata jne. — Siin oli Punase Risti kohus appi tulla, nii palju kui võimalik.

Veel sõja ajal asutas Eesti Punane Rist tiisikushaigete sanatooriumi, sest kopsuhaigete protsent Eestis on väga suur, eriti sõjaväes.

Ühes sellega avas E. P. R. 1921. a. kevadel (Läänemaakonna toetusel) Haapsalus tiisikushaigetele nõuandmise punkti. Lähemalt kõneleb sellest Dr. Alwer.

Umbes ühel ajal avati ka mudavannide sanatooriumid Haapsalus ja Kuresaares — rheumatismi, närvihaiguste, haavade tagajärgede jne. ravitsemiseks.

Ortopeedia instituut on veel vähe tuntud. Ravitsemine seisab peaasjalikult masseerimises ja tervisvõimlemises; abiks selle juures on veel kuuma õhu vannid, sinine valgus, vibrator, Zanderi ja teised aparaadid (ravitsemine Zanderi aparaatidega on peaasjalikult scolioosi juures). Üleselle on E. P. R. tellinud väljamaalt elektro-diatermii, elektri vannid, gümnastika aparaate. Mis ravi semise tagajärgedesse puutub, siis on häid tagajärge annud ravitsemine järgmiste haiguste juures: halvatused, r eumatismus, ischias, lumbago, neuralgia, lihaste haigused, diathesis jne. Üleüldse on seni 141 haigest terveks saanud 86, paremaks 41, muutuseta jäänud 14.

Paljud kodumaa kaitsjatest on kaotanud sõjas kehaliikmed, jäädes invaliidideks. Oli tarvis muretseda neile kunstl. kehaliikmeid. Esialgul muretses E. P. R. proteese nii vabadussõja kui ka ilma- ja teiste sõdade invaliididele, siis aga, kui valitsus proteeside muretsemise esimestele oma pääle võttis, jäi E. P. R. hooleks muretseda ainult viimaste eest. Pääle selle on veel parandatud vanu proteese. Iga invaliidile antakse kolme aasta järele uus protees. Rõõmustavaks nähtuseks tuleb pidada, et Eestis proteeside töökodasid juure on tulnud, ka proteeside tehnika on edenenud.

Need invaliidid, kes kuni 100% võrra oma töövõime kaotasid ja võib olla ilma koduta ja varjuta jäid, koguti invaliidide kodusse, mis veel sõjaajal avati (esiteks Tallinnas, pärast Imastu mõisas). Iseäranis tähtis on kodus asutatud kingsepa, rätsepa, raamatuköitmise ja puutööstuse töökojad, kus invaliidid veel õpivad ehk juba töötavad, teenides omale taskuraha; mõned väljaõppinud on ka kodust väljaläinud, et omal jõul elama asuda. Suvel saadetakse invaliide, kes seda tarvitavad, mudavannide sanatooriumi. Mis töövõime juurekasvamisesse puutub, siis on see ühe aasta jooksul enamusel suurenenud.

Vaestelastele asutati veel sõjaajal oma kodu Rannamõisas, kust ta hiljem üleviidi Muraste mõisa. Laste vastuvõtmise juures selgus, et enamasti kõik alatoitluse all kannatasid, ka palju verevaeseid ja nahahaigustega oli nende seas. Lastele tehtakse iga õhtul enne magamaminemist külmaveerätikuga õõrumisi, iseäranis aga laste toitmise pääle pandakse rõhku, näit. üks harilikkudest söögisedelitest:

Hommikul: 1 klaas keedetud piima ja 1 klaas kohvi, ehk 2 klaasi kakaod; võileib, pühapäeval sai.

Lõunal: Supp ehk kakao, 3 korda nädalas liha, teistel päevadel kilu, heeringad jne., pühapäeval veel magusroog.

Õhtuootel: 1 klaas piima ja võileib.

Õhtul: Piimasupp (manna, riisi jne.) ehk tee võileivaga ja üks muna.

See teeks iga lapse kohta 2100 kalooriat päevas välja. — Kodu juures on ka E. Punase Risti 4. kl. kool, kus ka ümberkaudsed lapsed (26) käivad, sest teised kool d on Murastest 6—10 versta eemal. Kaks korda kuus käib arst kontrolleerimas laste tervist. Pääle Muraste lastekodu on Punasel Ristil veel lastekodud: Aasperes (100 lapse j.), Narvas (50 lapse j.) ja Petseris (25 lapse j.).

Suvekuudel (1. juunist kuni 1. sept.) avati Rannamõisas ja Jõesuus laste koloniid, kus hooajal lapsed kaks korda vahetatakse. Arstliselt valitakse koloniidesse nõrgemaid, verevaeseid, alatoitluse all kannatajaid lapsi. Kogemused on näitanud, et niisugused laste koloniid iseäranis suurelinna lastele on häid tagajärgi annud. Kahvatanud ja nõrgad lapsed, kelledest paljud alguses tihti minestusse langesid, läksid koju prisketena, päivitanutena, rõõmsatena ja olid ka raskuses keskmiselt 3—13½ *ll.* juurevõtnud.

Narvas ja Petseris on avatud tööliste lastele lasteaiad, kus lapsed päeva läbi õpivad, mängivad ja söövad.

Üks E. P. R. ülesannetest rahu ajal on väljaõpetada õdesid ja alam-sanitaar-personaali. Algust on tehtud halastaja õdede väljaõpetamisega, asutades Tallinnas keskhaigemaja juures õdedekooli. Eestis on palju õdesid, kuid kahjuks peab ütlema, et ligi ¾ nendest ei seisa mitte oma ameti kõrgusel: lõpetades enamasti sõjaaegsed lühikeseajalised kursused, on need õed vähe sündsad, iseäranis rahuaja teenistuses. E. P. R. andis õdedekoolile laiema programmi. Iga kooli sisseastuja peab olema keskkooli haridusega. Kahe aasta jooksul õpib tema nii teoreetiliselt kui ka praktiliselt järgmistel aladel:

1) h lastaja õe kursus (ka sünnitus-abi), 2) masseerimise kursus, 3) õpetus emadele, 4) lastekasvatuse kursus, 5) majandus-kursus.

E. P. R. tegevus taudide vastu võitlemise alal on avaldunud peaasjalikult toetuses tervishoiu päävalitsusele voodi- ihupesu, voodiriiete andmises, desinfektsiooni-abinõude, arstirohtude ja halastajaõdede muretsemises.

Praegu seisab E. P. R. igal ajal tagavaras valmis (puutumata tagavara) ihupesu — 100 kompl., voodipesu — 200 kompl., voodid varustusega — 100 kompl.. arsti- ja desinfektsiooni-rohud ja desinfektsiooni aparaadid, nii et 24 tunni jooksul suudedakse väljasaata desinfektsiooni lendsalka ja avada, kus tarvis, külgehakkavate haiguste barakki.

Et iseäranis kehvemale rahvale kättesaadavaks teha arstiabi, asutas E. P. R. Tallinnas ja Petseris (Saitseva külas) omad ambulatooriumid Maksuta antakse arstiabi ja rohte invaliididele, nende perekondadele ja kehvematele. Kõigile teistele alandatud hindadega. Tallinna ambulatooriumis (end. Eesti arstide erakliinik) on 7 jaoskonda: 1) kõrva-, kurgu-, ninahaiguste, 2) sisemiste haiguste, 3) sugu- ja nahahaiguste, 4) silmahaiguste, 5) haavahaiguste, 6) hambahaiguste, 7) naistehaiguste jaoks. Petseris on iseäranis rõhku pandud silmahaiguste peale (iseäranis palju trachoomi) ja ambulatooriumi juhatab vilunud eriteadlane, kellel ka oma väikene operatsiooni tuba on olemas.

Wändra alevis, kus üle 2000 elaniku, avas E. P. R. 1. novembril 1920. a. haigemaja 10 voodiga.

Peale selle on püüdnud E. P. R. ka teistel teedel võimaldada arsti abi kehvematele. Oma Tallinna apteegi ladust kui ka linna apteegist (Punase Risti arvel) antakse maksuta välja arstirohte, sidematerjaali; lastekodude õed käivad esimest arstiabi andmas vaesemates perekondades; vaeseid sõdurite perekonna liikmeid ja optante mahutab Punane Rist omal kulul haigemajadesse; antakse neile toiduaineid, saapaid, päälisriideid, ainelist toetust jne.

Suuremate seltskondliste õnnetuste juures (Piirisaare ja Kopli tänava (Tallinnas) tulekahjud) on aitanud E. P. R. pesuga, toiduainetega,, sidematerjaaliga, arstrohtudega jne. Ülikooli, riigi- ja omavalitsuse kliinikuid ja asutusi on E. P. R. toetanud pesu, sidematerjaali ja arstrohtudega.

Optantide transport piiri pääl ja haigete ja nõrgemate transport sisemaale oli ka P. R. korraldada. Selleks otstarbeks töötasid piiri pääl 45 vagunid (tepluschkad lavadega ja ahjudega) ja 6 sanitaar-vagunit, üleselle toitlusvagun ja sauna ja desinfektsiooni rong. See seisab koos 7 vagunist:

1) kütte- ja katlavagun (500 pangelise mahutusega veereservuaar ja 5 atmosfeeri jõuline katal, ühendatud auru- ja veetorudega terve rongiga. 2) desinfektsiooni vagun — kahekordsete seintega — (märg aur kuni 100°, aparaat „Helios", formaliini lambid, väävel); 3) Desinfektsiooni vagun — katel kuni 5 atmosfeeri kõrguse kuumusega (kuiv aur) — paksemate riiete, palitute jne. desinfetseerimiseks; 5) Riidessepanemise vagun; 5) pesemise vagun (50—60 inimese jaoks; pesemise ruumi kõrval on leili ruum lavaga); 6) laduvagun ja kontor; 7) personaali vagun.

Et anda optantidele esimestel päevadel peavarju, toitu ja ka arstiabi, asutas Eesti Punane Rist nõndanim. „Eesti kodud", Tallinnas — 150 voodiga, Tartus — 50 voodiga, Pärnus ja Walgas à 25 voodiga.

Eesti-Vene haigete sõjavangide transport oli E. P. R. korraldada. Koondamise punktideks olid harilikult Tallinn, Tartu ja Narva. Ka Vene-Saksa-Ungari haigete sõjavangide transpordi juures oli E. P. R. abiks.

Üks raskematest ülesannetest on E. P. R. meie vangide ja optantide toetamine Nõukogude Venemaal. Moskvas ja Peterburis avati E. P. R. esitused, kelle kaudu, olgugi, et iga samm oli seotud suurte raskutega, kõik on tehtud, mis võimalik, et meie ja väljamaa vangidele ja optantidele abi anda. Et viimasel ajal E. P. R. töö võimatuks muutus, oli tema sunnitud oma tegevust Nõukogude Venemaal 1 detsembril l. a. likvideerima.

Vene näljahädalistele on E. P. R. 5—6 miljoni Eesti marga eest juba abi saatnud, mis pääasjalikult Samaara, Saraatowi, Kasani, Ufa ja Permi kubermangudesse on läinud. E. P. R. töötab praegu kontaktis Dr. Nanseni komiteega, kelle liige ka tema esimees Dr. Leesment on. E. P. R. kavatseb, selkorral kui väljamaa Punased Ristid appi tulevad, teatava osa lapsi näljapiirkonnast väljavedada. Läbirääkimised selles asjas on käimas.

On püütud läheneda ja kontakti luua väljamaa Punaste Ristidega: (kongressid väljamaal, veel rohkem Punaste Ristide, Rahvasteliidu, Lastekaitse esitajate vastuvõtmine Eestis). Selle kõige tagajärjeks oli E. P. R.

võrdlemisi kiire vastuvõtmine Punaste Ristide perekonda; tuntav toetus ja kaasabi Ameerika, Inglise, Rootsi, Daani ja teiste Punaste Ristide poolt jne.

E. P. R. sissetulekud ja väljaminekud kasvavad iga aastaga. Sissetulekutes on annetuste protsent kõige suuren (1920. a. üle poole ja 1921. a. 66—70 % kõikidest sissetulekutest), sellest tuntav osa Ameerika P. R. poolt.

Resumé.

La Croix Rouge Esthonienne est devenu, malgré son existence court, une certaine vigueure.

Déjà pendant la guerre la C. R. E. à crée un sanatorium pour poitrinaires à Seli; aussi elle a arrangé à Hapsal et ailleurs des lieux de consultation médicale, où les pauvres reçoivent du secours gratuitement. En même temps elle a ouvert des sanatoriums avec bains de limon à Hapsal et à Kuresaar (Arensbourg).

Puis la C. R. E. a organisé pour les invalides la distribution des prothèses, qui sont rénouvellés tous les trois ans.

Pour les invalides, qui ont perdu la possibilité de travailler elle a ouvert des asiles à Tallinn et à la domaine Imasto, où il y a des ateliers pour cordonniers, tailleurs, relieurs et menusiers.

Pour les orphelins des guerriers on a ouvert quatre asiles avec des écoles, pour les enfants pauvres et faibles des colonies d'été, une école près d'hôpital central de Tallinn, pour préparer des sœurs de charité. A la frontière d'Est travaillaient un train à bains et à desinsection, un wagon d'alimentation et 45 wagons-„teplouchcs“ pour secourir et transporter des prisonniers de guerre esthoniens, russes, allemands, hongrois etc. et des optantes, à quelles fut organisée par C. R. E. assistance aussi à Petersbourg et a Moscou. Pour les affamées russes sont envoyés aliments pour 5—6 millions marcques. La C. R. E. a reussi dans son entreprise grâce à l'assistance efficace des C. R. étrangères, d'Américain et d'autres.

Läbirääkimistel avaldas S. Talvik soovi, et ilus tabelite materiaal, mida esitanud sõjaväe tervishoiu valitsus ja E. Punane Rist, edasi antakse, kui mitte originaalides, siis koopiates, meie tulevasele alalisele Eesti tervishoiu museumile, millele käesoleva kongressi ja väljanäitusega pandakse põhi. See maksaks ka teiste kõnede juures ettetoodud tabelite ja diagrammide kohta.

Jervan ja Wogas arvavad seda oma ametkondade nimel lubada võivat.

*

6) Dr. H. Kukk: **Eesti Vabariigi raudteede üleüldine tervishoid.** (De l'hygiène aux chemins de fer esthoniens.)

12-nel novembr. 1918 a., esimesel Ajutise Valitsuse nõupidamisel, otsustati ka riigi raudteede korralduse tööle asuda.

Järgmisel päeval astus teedeminister Peterson oma ametikohuste täitmisele ja 15 novembril järgnes inseneri Karl Ipsbergi nimetus esimeseks Eesti riigi raudteede ülemaks. Veel selsamal päeval andis see oma käsukirja № 1-ga raudteede tegevusele korraldatud aluse, liigitades seda, Vene eeskujul, telegraafi, veo, tee, ehituste ja tervishoiu osakondadesse.

6 dets. määrati tervishoiu osakonna juhatajaks Dr. Lübek.

Saksa okkupatsiooni võimude lahkumisel läks korda päästa liikuvat raudtee varandust niivõrd, et meie raudteel võimalus jäi täita omi ülesandeid järgneva vabadussõja ajal. Kuid tervishoiu suhtes oli raudteel siiski laastamine nii põhjalik olnud, et igal pool korralagedus ja mustus vastu haigutasid ja kõigist arstiabiandmise asutustest ainult rüvetatud hooned alles olid, nendes vahest mõni lagunenud kapp ehk lõhutud laud, arstiriistadest ja rohtudest mitte jälgegi.

Ka arstlik personaal oli kadunud, peale ühe klassivelskeri Tallinnas.

Nii tuli siis umbes 716 klm. pikkuse tee jaoks tervishoiu suhtes kõik uuesti luua.

Kõigepäält jagati terve liin viieks arsti jaoskonnaks, missugune jaotus senini maksev on. Siis tuli tarvilist tööjõudu leida, mis oli esialgu seotud raskustega.

Järgnes tarvidus arstiabi andmise punkte sisseseada ja instrumentide ja rohtudega varustada, mida toimetati siit ja säält ajutiselt sisseseadet laenates, osalt omandades ja rohu poodidest ja apteekidest väiksel arvul kõige tarvilikumaid rohte ostes.

Ilusad veneaegsed raudtee sanatoorium Haapsalus ja külgehakkavate haigete barakk Tapal olid sel ajal teiste asutuste tarvitada ja puudus varandusliselt võimalus neid kohe korda seada.

Püüti vabadussõja ajajärgul parandada korrastläinud sanitaarolusid reisijate rongides, raudteejaamades, teenijate puhkeruumides ja elu orterites, nii palju kui sõjaaja olud seda vähegi lubasid, sest Venemaalt ähvardasid ilmumisega taudid.

Tallinnas seati korda vagun desinfektsiooni jaoks formaliiniauruga, tarvituseks tervel liinil ja arsti jaoskondadele määrati vastavalt varustatud sanitaar-vagunid külgehakkavate haigete veo jaoks.

26. II 20. määrustega nõuti kõikide vagunite põhjalikku puhastust rongides, mis piirini käisid — iga reisu järele, sisemaal — kord nädalas.

Pehme mööbliga vagunid kõrvaldadi ajutiselt liikumisest.

1. III ilmusid erakorralised määrused taudide vastu võitlemiseks, millega asutati Tallinnas peakommisjon ülemarsti juhatusel, koosseisev osakondade esitajatest ja liinil arstide juhatusel abikommisjonid taudide vastu võitlemiseks.

Kaks määrust 1. V 20. ja 9. II 21. käsitavad arstiabi andmise korda raudtee teenijate ja nende perekondadele ja 19. III 21. määrus ülemarsti ajutisi juhtnööre raudtee tervishoiu osakonna teenijatele.

Sisemisest korraldusest oleks nimetada alaliselt jätkuvat arstiabi andmise punktide varustuse täiendamist ja osakonna juures Tallinnas asuva keskapteegi tegevuse laiendamist. Narva, Tapa ja Valga jaoskonnad varustati „Ропщевскій“ süsteemilise desinfektsiooni apparaatidega, millede juure veevli-desinsektsiooni kambrid ehitati. Narva, kui piiriäärne punkt, sai veel desinfektiooni vaguni. Hiljuti sai valmis esimene uus sanitaar-vagun haigete veoks. Niisuguseid saavad edaspidi kõik jaoskonnad ja siis jäävad praegused sanitaar-vagunid ainult külgehakkavaid haiguseid põdejate veo jaoks. Nimetada võiks ka E. P. Risti poolt pääle sõja raudteele tagasi antud sauna ja desinfektsiooni rongi, mis taudide ajal kohe tegevusesse võiks astuda.

Jaamade joogiveega varustamise suhtes on igas jaamas, kus puurkaev puudub, sunduslik vee keetmine sisse seatud.

Jaamade hoonetes nõutakse puhtust — on tarviline arv sülje- ja prügi kaste ülesseatud — kuid kahjuks ei arva reisijad ise puhtuse nõudeid oma kohta maksvateks.

Einelaudade puhtuse ja tervete ning maitsevate toitude ja jookide pakkumise üle valvatakse ja on sunduslik, et einelaua pääl asuvad toiduained klaas kattete all hoitakse.

Reisijate rongides on puhtuse suhtes teht d, mis võimalik, kuid siingi peab reisijatest ütlema, nad ignoreerivad jonnakalt puhtust.

Magadisvagunid saavad varsti voodi pesu, patjade ja vaipadega varustatud ja võivad neid reisijad vastava tasu eest tarvitada. Tarvidust reisijate vagunid, peaasjalikult pehme mööbli sisseseadega varustatuid, sagedamini puhastada, on raske teostada sellepärast, et kõik desinfektsiooni ja desinsektsiooni metoodid vagunite värvi, seinte ja istete katteid tuntavalt rikuvad. On kavatsus katseid teha uue väljamaal kiidetud cyan-präparaadi „Züklon'iga" ehk pää tab see meid kitsikusest selles suhtes.

Raudteevalitsusel on edasi kavatsus lahendada raudteelaste korteri kitsikust uute majade ehitamise abil, mis saaksid aiaasundustena paigutatud, kus see vähegi maade poolest võimalik on, näit. Tapal, Tartus ja ka mujal.

Haapsalu sanatooriumis võimaldati läinud suvel mudavannides ravitsemisel olejate raudteelastele korterit ja lõunasööke saada.

Kokkuvõttes võiks seega ütelda, et vaatamata vähese töö- jõu ja piiratud krediitide pääle on püütud raudtee tervishoiu alal teha, mis vähegi võimalik ja püütakse ka tulevikus raudtee sanitaar olusid ajanõuetele vastava kõrgusele viia.

*

7) Dr. Lensin: **Vabariigi raudteede tervishoiu statistika üle 1920 a.** (Sur la statistique d'hygiène aux chemins de fer esthoniens en 1920 a.)

Üleüldise 715,9 klm. liini pikkuse juures oli riigi raudteede tervishoiu osakonna all 1920 aastal 20.563 inimest, nendest: 8425 (40,97%) raudtee teenijaid ja 12.138 (59,03%) nende perekonna liikmeid. Viimaste keskel oli täisealisi isikuid 5214 (=42,56%) ja alaealisi 6924 (=57,04%).

Teenijate arvu poolest kõige suurem grupp oli tee ja ehituste jaoskondade teenijate oma, kes väljas liini pääl töötavad (29,65%). Teisel kohal seisab töökodade ja tehaste teenijate grupp (22,14%). Kolmandal kohal jaama teenijate grupp (21,31%) jne., viimasel kohal on arstlik ja sanitaar personaal (0,31%).

Mis puutub raudtee teenijate korteritesse, siis kõigist 8425 raudtee teenijatest elavad 1656 raudtee korterites (19,65%), kuna 80,35% erakorterites on sunnitud elama. Üks jagu teenijatest Tamsalu-Paide liinil elavad lihtsates kaubavagunites.

Tervishoiu suhtes on terve 715,9 kilom. pikkune raudtee liin 5 arsti jaoskonda ärajaotatud. Nendest asuvad I ja II jaoskond Tallinnas, III Tapal,

IV Narvas ja V Valgas. Neljal nendest, nimelt I, III, IV ja V on nende valve alla kuuluva liini pikkuse pärast veel 4 abijaoskonda.

Nendes viies arsti- ja neljas abijaoskondades oma haigemajas d ei ole, vaid on ainult ambulantsid. Ainult Haapsalus on raudtee valitsusel 30 voodiline sanatoorium, mis avatud on suvel 3 kuu jooksul. Muud raskemad haiged saadetakse kas ligema linna või maakonna haigemajasse, või Tartu ülikooli kliinikutesse ja üksikutel juhtumistel ka erahaigemajadesse, kus nad raudtee kulul ravitsetud saavad.

1920. a. jooksul on kõigis raudtee ambulantsides registreeritud 26.116 haiguste juhtumist, mis üleüldise raudtee elanikude arvu juures (20.563) 127% välja teeb. Kui siia veel juure lisada 22.020 korduvaid ambulantsi ilmumisi, siis tuleb iga raudtee elaniku kohta aasta jooksul 2,34 korda ambulantsi ilmumist.

Aasta jooksul on haigemajadesse ravitsemisele saadetud 829 isikut (3,17%), kes on kokku 9676 päeva haigemajades ravitsemisel olnud mis keskmiselt igaühe haige pääle 11,67 päeva välja teeb.

Kõige suurem haigeksjäämise protsent on tehaste tööliste keskel olnud, kus keskmisel arvul 2,8 haigeksjäämist aastas iga teenija pääle langeb, teisel kohal on rongi teenijad (2,77 haigeksjäämist), kolmandal kohal telegrafi teenijad (2,09), neljandal koh l veduri teenijad ja kontori ametnikud (1,9). Kõige viimasel kohal haigeksjäämiste poolest seisab arstlik personaal, (0,19 haigeks jäämist isiku pääle aastas.)

Üksikutest haiguste gruppedest kõige suurema protsendi andsid seedimisorgaanide haigused (24,45%), teisel kohal seisavad külgehakkavad haigused (14,97%), kolmandal kohal hingamisorgaanide haigused (12,64%), neljandal närvikava haigused (9,85%), viiendal nahahaigused (9,39%), kuuendal kehavigastused (8,74%).

Kui võrdleme 1920. a. andmeid 1919. a. omadega, siis selgub, et protsentline jaotus haiguste gruppede kohta on mõlemil aastal peaaegu ühetaoline, ainult 1919. aastal olid esimesel kohal külgehakkavad haigused võrdlemisi kaks korda suurema protsendiga, teisel kohal seedimisorgaanide haigused.

Mis puutub üksikutesse külgehakkavate haigustesse, siis leiame, et influenzat oli 59,4 %, liikme jooksjat 9,4%, kopsu tiisikust 5,6%, kõhutõbe 3,1%, kõhusoetõbe 3,04% ja plekkilist soetõbe 2,8% jne.

Kopsutiisikuse keskmine haigeksjäämise protsent on 1,08%. Siin on registreeritud kõige suurem protsent haigeksjäämisi arstliku personaali keskel. Selle järele tulevad kontori ja telegrafi teenijad (2,6 ja 2,3%), siis jaama-, rongi-, tehaste teenijad ja täisealised perekonna liikmed. Kõige väiksem protsent ($^1/_{10}$ %) on veduri teenijate keskel.

Kehavigastused peavad raudtee statistikas iseäralist tähelpanemist nõudma, sest raudtee teenistuse olud on mitmesugused, ja osalt ka rasked ja kardetavad. Need tulevad ärajaotada kolme gruppi: esiteks vigasaamised eraelus, teiseks — vigasaamised, mis seotud teenistusega ja kolmandaks — vigasaamised, mis raudtee liikumisega seotud (siin võivad vigastatud saada ka eraisikud).

1920. a. on 1 ja 2 gruppede vigasaamisi registreeritud 2284 või 8,74% kõigest haiguste arvust. Nad seisavad sellega kuuendal kohal. 1918 vigasaamist, või 83,98%, langevad teenijate pääle ja 366 või — 16,02% — perekonna

liikmete pääle. Kõigest 1918 vigasaamistest teenijatega on registreeritud kui töö juures saadud 663 vigastust, või 34,56%, seega ainult natuke rohkem kui $^1/_3$ vigasaamistest on tööga seotud, kuna kaugelt suurem osa saadi väljaspool teenistust.

Kõigist vigastustest teenijate keskel kõige suurem protsent (44,99) langeb tehaste tööliste pääle, teisel kohal seisavad tee ja ehituste jaoskondade teenijad (19,18%), kolmandal kohal veduri teenijad (12,98%), neljandal kohal jaama teenijad (11,36%), viiendal kohal rongi teenijad (5,94%) ja viimasel kohal politsei teenijad (0,78%).

Üksikutest vigastuste liikidest olid esimesel kohal haavad (42,81%), teisel kohal põrutused (33,42%), kolmandal kohal silmaprügistused (8,52%), neljandal kohal põletused ja venitused (7,3 ja 7,03%), viiendal kohal luumurrud (1,3%) ja viimasel kohal külmetused (0,57%).

Mis puutub raskematesse vigastustesse, saadud liikumise läbi, siis oli neid 1920. a. üleüldiselt 46. Neist langevad 37 (80,43%) eraisikute ja 9 (19,57%) raudtee teenijate pääle. Surma on saanud 25 isikut (54,34%), raskemaid vigastusi saanud 21 isikut (45,66%). Surmavatest vigastustest langevad 21 (84%) eraisikute ja 4 (16%) raudtee teenijate pääle. Raskematest vigastustest 16 (76,19%) eraisikute ja 5 (23,81%) raudtee teenijate pääle. Neljast raudtee teenijast, kes surma said, oli 1 tee ja ehituste jaoskonna teenija, 2 jaama teenijat ja 1 rongi teenija.

Lühidalt kokkuvõttes andmed haiguste kohta raudtee elanikkude keskel, leiame, et üleüldine haiguste protsent teenijate keskel on umbes 2 korda suurem kui nende perekonna liikmete keskel ja tõuseb üksikute haiguste gruppide kohta veel kõrgemale.

Üleüldine suur haiguste protsent raudtee teenijate keskel näitab, et tervishoiu olusid meie raudteedel veel kõige paremateks nimetada ei või. Sellepärast on raudtee tervishoiu osakond kohustatud lähemas tulevikus kindlasti nende nähtuste põhjaliku uurimise teele astuma (oma statistika jaoskonna kaudu) ja nii abinõusid otsima ja leidma tervishoidliste olude parandamise suhtes meie raudteedel.

Läbirääkimised. Discussion:

A. Mõttus: Statistilise materjaali läbitöötamiseks, mis raudtee tervishoidu puutub, ei oleks mitte otstarbekohane statistika eriosakonda raudtee tervishoiu osakonna juure asutada. Materjaali kogumine sündigu üldise kava järele, mis väljatöötatud tervishoiu nõukogus ja ta koondugu riigi statistika keskbüroosse.

A. Lüüs soovitab, et eestkätt abielus olevaid teenistusesse võetagu. Praegu on vallalisi teenijaid raudteel rohkem, kui abielus olevaid.

Lensin: Raudtee teenijate vastuvõtmise juures ei panda rõhku nende perekonna seisu, vaid ainult nende tervise seisukorra pääle teenistusse kõlbulikkuse mõttes.

Kukk: Eestkätt abielus seisvate teenijate ametisse panek ei ole meil esialgu juba viletsate korteriolude pärast mitte hästi võimalik.

Alwer: Raudtee tervish. valitsus peab hoolt kandma, et vagunites plakkatid ülespantakse: „keelatud põranda pääle sülitada“, „keelatud paberossiotse ja muid jätiseid maha visata“, „keelatud jalgadega istmete pääle astuda“

jne. Ainult viisakad palumised ei aita. Väljakäigu kohad vagunites peavad tingimata valgustatud olema.

*

8) Prof. Dr. E. Blessig: **Richtlinien für eine Blindenzählung in Estland.**

Zu den dringenden sozialen Aufgaben, die an unser junges Staatswesen und auch an unsere Gesellschaft herantreten, gehört u. a. die Fürsorge für die Blinden. Wir haben bei uns zur Zeit keinerlei organisierte Blindenhilfe. Die 1882 in Reval gegründete Schule für blinde Kinder hat 1914 ihre Tätigkeit eingestellt. Die Blindenanstalten Petersburgs und Rigas sind, aus politischen und anderen Gründen, unsern Blinden kaum zugänglich. So gilt es ein eigenes estländisches Blindenwesen neu zu schaffen. Die Aufgabe ist um so dringender, als die Zahl der einheimischen Blinden bekanntlich eine grosse ist. Das einstige Gouvernement Estland und ebenso auch der estnische Teil des chem. Gouv. Livland, gehörten seit jeher zu den Ländern mit relativ hoher Blindenziffer Nach den Zählungen von 1886 und 1897 und anderen Quellen, kommen unter den Esten auf 10.000 Einwohner 21,6 Blinde (Golowin: Ueber die Blindheit in Russland", Odessa 1910). Bei einer Gesamtbevölkerung von über einer Million dürften mithin im ganzen heutigen Estland an 2000 Blinde vorhanden sein.

Ein „Blindenfürsorge-Verein" ist im Entstehen begriffen und das Arbeits- und Fürsorgeministerium erwägt die Gründung einer Landes-Blindenanstalt. Als unerlässliche Vorarbeit aber ergibt sich eine genaue Feststellung der Blinden im Lande und des Charakters ihrer Erblindung. Es gilt nicht nur ihre Gesamtzahl zu ermitteln, sondern auch die unheilbar Blinden von den Heilbaren zu scheiden, zugleich auch die relative Häufigkeit der verschiedenen Erblindungsursachen klarzustellen. Der einzige Weg zur Gewinnung einer den obigen Anforderungen wirklich entsprechenden Blindenstatistik wäre die Heranziehung sämtlicher Blinden im Lande zu ärztlicher resp. augenärztlicher Untersuchung.

Die Frage nun, wie eine solche „Blindenenquête" bei uns zu Lande zu organisieren wäre, möchte ich eben diesem Aerztekongress vorlegen: wie könnten die Verwaltungsorgane der Gemeinden, Kirchspiele, Kreise etc. dabei mitwirken? Wieweit dürften dazu die lokalen ärztlichen Kräfte herangezogen, in welchem Umfange ev. auch Augenärzte zu diesem Zweck in die verschiedenen Kreise des Landes abkommandiert werden? Vielleicht liesse eine Blindenenquête sich ähnlich organisieren, wie etwa die hier im Lande schon längst durchgeführte Lepraenquête. Dass so etwas praktisch ausführbar wäre, beweist die in den Jahren 1856—1859, auf Initiative der dorpater Professoren G. v. Oettingen und G. v. Samson-Himmelstiern, im damaligen Livland veranstaltete Enquête über die Verbreitung der Augenkrankheiten, insbesondere des Trachoms, unter dem Landvolk, deren Ergebnisse in der Dissertation von C. Weiss (Dorpat 1861) niedergelegt sind.

Ich bitte die geehrten Kollegen der hier angeregten Frage näher zu treten, ev. eine Kommission mit der Ausarbeitung eines Organisationsplanes für eine solche Blindenzählung in Estland zu betrauen.

Läbirääkimised. Discussion:

Dr. Etzold schlägt vor die Enquête nicht den Kirchspielsärzten zu übertragen, sondern dazu einen Augenspezialisten staatlich für einige Sommermonate zu disignieren, welcher etwa die einzelnen Kirchspiele besucht, wo die Blinden durch die Polizei an bestimmten Tagen zusammengeladen worden sind

Mõttus: Materjaali kogumine peab sündima ühtlase plaani järele, mis väljatöötatud eriteadlaste poolt. Ei ole õige, et pimedate asju ajab töö-hoolek. minist., kus eriteadlased arstid puuduvad. Seltskonda peab kõige laiemal mõõdul kaastööle tõmmatama, mis otstarbel tarvilik oleks vastavat seltsi asutada, kus mitmesugused sektsioonid, mis pimedate hoolekannet, vaimuhaiguste, suguhaiguste, tiisikuse vastu võitlemist käsitaks. See oleks vast meie väikeses riigis otstarbekohasem, kui iga üksiku küsimuse jaoks eriseltsi asutamine.

Blessig: Nach Abschluss meines Referats sind mir vom Arbeits- und Fürsorge-Ministerium einige Daten zugestellt worden, betreffend eine vom Ministerium 1919/20 veranstalteten Blindenenquête. So dankenswert ein solches Unternehmen auch ist, so erlaube ich mir doch an der Vollständigkeit der gewonnenen Zahlen zu zweifeln, sie scheinen mir zu niedrig. Ausserdem kann eine solche ausschliesslich von den Verwaltungsorganen (Kreisverwaltungen) angestellte Enquête nicht das geben, was ich von einer ärztlichen erwarte: Scheidung der unheilbaren Blinden von den Heilbaren und vor allem Feststellung der Erblindungsursachen, was uns Aerzte ja besonders interessiert. Vielleicht liesse sich tatsächlich eine genügende Anzahl von ophthalmologisch genügend vorgebildeten Aerzten in alle Kreise des Landes abkommandieren. Ich möchte bei meinem Vorschlag bleiben, die Frage der Anstellung einer möglichst allseitigen und zuverlässigen Blindenenquête einer Kommission zu überweisen.

Uudelt: Meil on pimedate eest tarvis tingimata võimalikult kiiresti hoolt kandma hakata. Selleks oleks meil praegu olevatest orgaanidest Punane Rist kõige kohasem, kelle käed sõjategevuse lõpuga vabaks saanud. Punane Rist võtaks organiseerimise oma pääle ja saaks abi selleks valitsuselt. Et pimedate arvu teada saada, oleks tarvis lasta ülesse kirjutada vallavalitsuste kaudu need, kes omal silmavalgel kõndida ei suuda ja teatud ajal vaataks silmaarst need isikud läbi.

Genss считает работу министерства удачной, данные хорошо разработанными и необходимо только, чтобы министерство эту работу продолжало, привлекая к ней различные организации, как Кр. Крест. и д.

Juhataja ettepanekul valitakse küsimuse detaalseks läbiharutamiseks, kolmeliikmeline kommission, kuhu kuuluvad: prof. Blessig, Dr. Uudelt ja dotsent Talvik.

*

9) Dr. Feldmann'i: **„Lühike ülevaade Eesti Punase Risti sanatooriumi tegevusest"** jäi ettekandmata, kuna autor kongressile tulla ei saanud. Kõne ilmub „Tervises".

*

10) Dr. H. Alwer: **Tiisikus Läänemaakonnas.** (La tuberculose dans l'arrondissement Lääne, Esthonie) Statistilised andmed meie maa, eriti Läänemaakonna kohta, näitavad, et meil tiisikusse sur-

nute arv progressivselt kasvanud on. Näituseks Hiiumaal, Keina koguduses, surid tiisikusse:

Aasta.	Surevus tbc.	Surevuse üldarv.
1875—79	27	356
1880—84	32	319
1885—89	23	333
1890—94	35	293
1895—99	48	344
1900—04	53	286
1905—09	47	296
1910—14	38	271
1915—20	58	382

Seega kasvamine viimaste 45 aasta jooksul 7,6% pealt 15,2% peale Teiste Hiiumaa valdade arvud näitavad peaaegu niisamasugust surevuse juurdekasvu.

Kogu Läänemaakonnas surivad tiisikusse:

Aasta.	Surevuse üldarv.	Surevus tbc.
1918	1866	122 = 6,5%
1919	1785	138 = 7,7%
1920	1518	172 = 11,3%
1921 (umb. poolaasta)	889	115 = 12,9%

Võime oletada, et ka teistes maakondades surevus tiisikusse Läänemaa omast (viimase 4 a. keskmine — 165 in.) mitte väiksem ei tohiks olla, seega vähemalt $165 \times 11 = 1815$ in. väljateeks. Arvesse ei ole võetud linnad, ja tegelik arv on igatahes suurem. Kui Saksamaal enne sõda kogu elanikkude arvust 0,2% tiisikusse surid, Belgias 0,3% ja Prantsusmaal isegi 0,4%, meie aga Eesti kohta ainult 0,2%, tähendab väiksema arvu, oletame, ja seda vee enne sõjaaegsete andmete järele, siis teeks see meie kohta välja mitte vähem kui 2500 surnut aastas (arvates Eestis 1,250,000 elanikku).

Kogutud andmete järele on meil Eestis praegu tuberkuloosi haigeid: Harjumaakonnas 78, Viru maakonnas 179, Viljandi maakonnas 105, Saaremaal 108, Tartu maakonnas 163, Pärnu maakonnas 117, Lääne maakonnas 221, Tallinnas 225, Tartus 86 j. n. e. Kogu Eestis umbes 1844 registreeritud tbc. haiget. Tegelik haigete arv on muidugi palju suurem.

Lääne maakonnas kindlasti $1^1/_2$ korda suurem (tähendab 330 ümber). Endist oletust maakondade kohta silmas pidades oleks Eestis 3630 haiget maal ja 800 linnades, kokku 4430.

Olen ettetoodud arvudega näidata tahtnud, kui tõsine meil tuberkuloosi hädaoht. Kui viimase 4 aasta jooksul surevus tuberkuloosi tõttu meil 50% võrra kasvanud on, siis peaks arusaadav olema, et mingisugusel tingimisel nõnda edasi kesta ei või ja meie energiliselt tbc. vastu võitlemisele asuma peame.

Meil on ses suhtes veel vähe tehtud.

Tallinnas on küll 1908 aastal asutatud tiisikuse kodu, kuid piiratud voodide arvuga. E. P. R. on avanud Seli mõisas sanatooriumi 50 voodiga. Tallinnas on avatud nõuande koht ja Haapsalus tiisikuse hoolekande koht.

Tervishoiu Peavalitsutel on teoksil 2 sanatooriumi avamine. Seda on vähe.

Tuberkuloosi vastu peab meil võitlus hakkama kõige radikaalsemate abinõudega. Kõige enne tuleks avada igas maakonnas tiisikuse hoolekande koht, kus saaks maksuta arstiabi, rohud, süljakausi j. n. e. iga kopsu-haige. Niisugused dispensaires (Fürsorgestellen), kelle asutaja on Calmette, töötavad praegu suure eduga Shveitsis, Prantsus- ja Saksamaal mitte ainult linnades, vaid isegi maal. Haapsalu hoolekande kohas on vähem kui poole aasta jooksul vastu võetud 152 isikut, kelledest 82 tiisikust põdesid, kokku abi antud 466 korda, toetusraha umbes 20 isikutele. Haigemajadesse paigutatud, hoolekande koha arvel, 10 haiget, Soome sanatooriumi saadetud 2 haiget. Suuremal osal jalul olevatele haigetele on tasku süljekausid välja antud.

Sanatooriumite avamisele tuleks asuda kiires korras. Peale nende tulevad asutada, Lääne-Euroopa eeskujul, metsapuhkekohad ehk päevasanatooriumid, metsa koolid, tiisikuse kodud resp. varjupaigad, isoleerimise otstarbeks raskematele haigetele, keda enam mõttet ei ole sanatooriumi paigutada. Toime tuleb panna tuberkuloosi kursusi, uuesti ellu kutsuda valge-liille karbikorjandused j. n. e. Ammu oleks aeg ka meil (Ameerika eeskujul) sülitamise keeldu läbi viia, esialgu, arusaadavalt, vagunites ja avalikkudes kohtades, edaspidi ka tänavatel.

Tuberkuloosi vastu võitlemise initsiatiiv tuleb võtta E. P. R. ja tervishoiu peavalitsusel oma kätte. Suuremal jaol E. P. R. kohalikkudel komiteedel on pääle sõja lõppu tegevus miinimumini kahandatud ehk isegi lõpetud. Tuberkuloosi vastu võitlemises leiaksid nemad enesele tänurikka tööpõllu.

Aga ka riik peab, Soome ja Daanimaa eeskujul, mõjuvalt kaasa aitama. Aineliselt soovitav oleks kiires korras tuberkuloosi üleriikline kongress kokku kutsuda. Otstarbekohane oleks riiklise tiisikuse arsti ametisse määramine.

Silmaspidades, et iga kodanik riigile suuri kulusid teeb, alates kasvatuse alaga ja isikliku julgeolu kindlustamisega, lõpetades välise julgeoleku kaitsega, tuleb iga inimese pääle vaadata, kui riigi varanduse pääle. Iga kodanikku mahutab riik oma kapitaali, lootes dividende pääle. Iga haigeks jäänud, resp. enneaegselt surnud kodanik, kes veel riigile tema pääle tehtud kulud tagasi tasunud ei ole, tähendab riigile puhast defitsiiti, üleselle veel invaliididele pensionid jne.

Mis läheb riigile kallimaks, kas haige õigel ajal ravitsemine omal, tähendab riigi, kulul, kus juures teatud % haigetest (kõige vähemalt 25%) oma tööjõu tagasi saaksid, ehk ilmaasjata raisatud kapitaal õppimise ajal j. n. e. plus toetus haigele ja tema perekonnale? Saksamaal on üksikute statistikerite poolt üksikasjaliselt läbi uuritud ja kuni pennini kindlaks tehtud, et riigi kaotuse ja võidu conto peaaegu üks ja seesama on. Eestis võib arvude najal näidata, et meil asi niisama seisab ja et haigetele õigel ajal riigi kulul ravitsemise läbi tekkinud kulud mitte suuremad ei ole, kui kasvatamise, pensioni maksmise läbi j. n. e. tekkinud kulud.

Praegu valgub Vene optantide näol suur tuberkuloosi haigete arv Eestisse. Kui see ajutine juurdekasv lõppeb ja meie energiliselt tbc. vastu võitlemisele asume, siis ei ole meil enam põhjust pessimistlistele väljavaadetele.

Meie oleme mõne aastasaja jooksul võitu saanud lepra üle, juba mõne inimeseea järele peaksime ka tuberkuloosi üle võitu saama.

Läbirääkimised. Diskussion.

Tamm: Kui riik hakkab sanatooriumi avama tuberkuloosi haigete tarvis, siis oleks väga soovitav, et need saaks asutatud kohtadele, mis oma kliimaatiliste ja muude omaduste poolest vastaks kõige paremini oma otstarvetele.

Niisuguseks kohaks oleks Võru maakonna Haanja-Kasaritsa kõrgustik: ta on kõrgem koht meie kodumaal, sääl on palju okaspuu metsi, järvekesi künkaid ja orge. Udustel päevadel on sagedasti näha, et all madalal asuva Võru linna ja ümbruskonna pääl seisab paks udu, kuna Haanjas ja Kasaritsas selge ilm on. Paremused oleks siin: 1. Koha suurem kõrgus; 2. rohkem päikest; 3. vähem niiskust; 4. okaspuu metsad; 5. maakoha maaliline kenadus ja 6. raudtee lähedus.

Buch betont die Wichtigkeit der Prophylaxe für die effektivste Bekämpfung der Tuberkulose. Zu dem Zwecke wäre es notwendig und das einfachste — Solarien für tuberkulosegefährdete Kinde während der Sommermonate einzurichten.

Falck arvab, et sanatooriumid tuleks järvede ligiduses ehitada; küsib, kas mitte Haapsalu kliima paha mõju tbc. suhtes ei avalda?

Alwer: Ümberpöördult: ka tbc., eriti luunaha ja mahlanäärmete oma, arstiti juba ammu hääde tagajärgedega Haapsalus.

*

11) A. Lüüs: **Lastekaitse Õhtu-Euroopas.** (La protection des enfants dans l'Europe-Ouest).

Elu on näitanud, et sündimiste arvu meie palju tõsta ei suuda. Nii siis võime ainult seda alal hoida, mis olemas on ja sellest küljest hakkabki pääle lastekaitse, mille ülesandeks on lapse elu enne ja pärast sündimist alles hoida, last nõnda kasvatada ja toita, et temast terve, töövõimuline isik sirguks.

Neid ülesandeid püüab praeguseaja lastekaitse õige mitmel kombel teostada. Ta põhimõte on: ema ja last ei tule mitte üksteisest lahutada. Lastekaitse on sellega ka emadekaitse.

Parem kasvatuse viis on perekondlik kasvatus, kus ema ja isa tegu-võimsalt laste kasvatamisest osa võtavad.

Praegu teostatakse mitmesugustes riikides ja maades õige mitmel viisil seda suurt ülesannet.

Riik on peaaegu igalpool kõige raskema osa oma pääle võtnud, see on leitud ja väljaspool abielu sündinud laste eest hoolekandmise. Kogukond ja eraseltsid täiendavad seda, mida riik tegemata jätab.

Üldiselt võib järgmisi hoolekande vorme ette tuua. Vaesed emad, olgu nad abielus ehk vallalised, leiavad juba enne sünnitamist vastuvõtmist „emade. kodudesse.“ Kas siinsamas ehk sünnitus asutustes tuues lapse ilmale jäävad 10. päevaks. Siit saadetakse neid „emade- ja rinnalaste kodudesse,“ kus nad niikaua viibivad, kuni koha leiavad. On ema surnud ja lapse eest ei ole hoolekandjaid, ehk jälle on laps leitud, siis hoitakse viimast niikaua „rinnalastekodus,“ kuni tema tervis seda nõuab ja antakse siis välja kasvatada

Linnades, osalt ka maal, töötavad „nõuandekohad emadele,“ kuhu iga ema juba enne sünnitamist kui ka edaspidi võib arstilt nõu küsima minna,

kuidas last hoida, toita ja kasvatada. Väljaspool abielu sündinud laste emad ja maksu eest kasvatada võetud lapse eest hoolekandjad peavad seda sundslikult tegema.

Suurte vabrikute juures, töötavad laste „sõimed," kuhu emad hommikul tööle minnes lapse äraannavad, vahete vahel teda imetamas käivad ja õhtul töölt tulles jälle lapse kaasa võtavad.

Nõuandekohtade juurde on tihti piimaköögid sisseseatud, kust lastele maksuta ehk vähese tasu eest laitmata ja hästi kontrolleeritud piima antakse.

Väikesed, kehvad lapsed käivad lasteaedades, kus nad ka lõunasöögi saavad.

Kombeliselt rikutud lapsed on ise kohtadesse koondatud, niisama ka vigased, langetõbised, nõdrameelsed ja idioodid.

Suveks saadetakse nõrgatervisega lapsed maale kosuma suveasundustesse.

Nagu tähendatud, on mahajäetud, leitud ja väljaspool abielu sündinud laste eest hoolekandmine kõige raskem ja keerulisem. Seda probleemi ei ole veel kusagil riigis suudetud rahuloldavalt lahendada.

Prantsusmaal katsuti sarnaste lastele seaduseandlisel teel korraldust luua. Juba 1874. a. pani Dr. Roussel saadikutekojale sellekohase seaduse projekti ette, mis vastu võeti.

Ta põhimõtte on: iga laps, kes maksu eest teiste kätte kasvatada antakse, langeb seltskonna valve alla, mille eesmärk on lapse elu ja tervist kaitsta. Järelvalve usaldati pääkomitee hooleks, kes siseministri juures töötab, kuna igas departamangus alamkomiteed prefektide juurde asutati ja pääle selle veel kohalikud komiteed. Muidu on veel mitmesugused inspektorid ja revidendid ametisse pandud.

Ei või just ütelda, et prantslased selle seadusega rahuldatud oleksid. Iseäranis nõrgalt töötavad komiteed.

Schveitsis on leitud laste eest hoolekandmine seaduse järele kogukondade pääle pandud. Belgias töötavad selles mõttes eraseltsid, vaimulikud ja kogukonnad.

Saksamaal tehti juba 1827. a. vaestelaste-majade eest hoolekandmine omavalitsuse asutustele ülesandeks. Vaestelaste-majadest saadetakse lapsed maale kasvatada, ehk antakse internaati, pärast käsitöö koolidesse. Kui lapsed 15 a. saavad, siis võivad nad minna, kuhu tahavad. Kõik kulud tulevad vanemate kanda, kui neid leitakse ja kui nad seda suudavad.

Nii on Berliini linnal oma rinnalastekodu, mis asub kesklinnas suures kivimajas. Lapsi võib sinna vastu võttą kuni 600, nendest 200—300 rinnalast. Asutuses peetakse kõik lapsed alla 3. nädalit, siis kõik haiged lapsed. Suuremaid lapsi peetasse sääl ainult ajutiselt, kuni nende jaoks kasuvanemad ehk mõni teine koht leitakse.

Asutuse eesotsas seisab ülemarst eradotsent Dr. L. F. Meyer, abiks on viis assistenti ja viis volontäärarsti.

Ka Breslau linnal on oma suur, ilus rinnalastekodu, uues neljakordses kivimajas, mis ehitatud 1911 a. Majas on 150 rinnalast ja eraldi teises majas 120 suuremat last.

Niisamasugune korraldus — muidugi vähemas ulatuses — on ka teistes Saksamaa linnades.

Saksamaa iseäralduseks on veel see, et väljaspool abielu sündinud laste isade käest laste ülespidamise kulud, hädakorral isegi kohtu teel, sisse nõutakse, milleks iseäralised maksulised laste hoolekandjad ametisse seatud. Sellega on riigi ja kogukondade õladelt suured kulud võetud, mis muidu nende kanda oleksid olnud. Pääle vanemate kohustab Saksamaa seadus sarnaseid lapsi ka vanemate vanemaid kasvatama, alles nende puudusel kogukonda.

Berliinis avati 1909 a. Augusta Viktoria-Maja, mis keskkohaks on, kus seaduslikult väljatöötatakse juhtnööre laste kaitseks. 3. dets. 1914. a. pandi maksma „Sõja-lapsevoodi abi," mis emadele suureks abiks ja ka praegu maksev on

Inglismaal kasvas laste ja vaeste aitamine väikestest kogukonna üksustest välja, kes ise omal jõul abiandmist organiseerisid, mille juured juba ligi 1000 a. tagasi ulatavad. Aja jooksul arenesid ja kasvasid välja töömajad, vaestemajad, millede juures tihti ka laste- ja sünnitus-osakonnad on.

1908. a. sai seaduseks suure ulatusega akt, mida laste seaduseks (Children Act) kutsutakse, kokku võttev kõik endised kogemused ja elunähtused.

See käsitab rinnalapse elukaitset, laste ja noorte kaitset halvasti ümberkäimise vastu, parandus- kasvatusmajasid, noori kurjategijaid, nooresoo suitsetamist, mille viimase järele teravalt valvatakse.

Inglismaa iseäralduseks on, et sääl kõik häätegevad asutused suurelt jaolt erahäätegevuse abil üleval peetakse. Kogukonnad ja riik toetavad neid ainult vähe. Isegi suured haigemajad peetakse eraannetest üleval.

Kõige täielikumalt on praegu lastekaitse Ungaris organiseeritud. Sääl on riikline lastekaitse seadus maksma pandud, mille põhimõte on: igal lapsel alla 15. a., kellel ühtegi kasvatajat ega hoolekandjat ei ole, on õigus riigi poolt ülespidamist ja kasvatust saada.

Riiklise lastekaitse elluviimise otstarvel asutati sääl 17 lastekaitse asutust ehk lastekodu, nendest 16 provintsi ja üks pealinna. Need asutused võivad 612 rinnalast ja 360 suuremat last vastu võtta.

Laste vastuvõtmise õigus asutustesse on vaestelaste-ametil, kuid tegelikult toimetab seda asutuse direktor, kuna vaestelaste-amet lapse majanduslise seisukorra kindlaks teeb.

Iga ema on kohustatud asutuses oma last niikaua imetama, kuni lapse tervis seda nõuab. Asutusest antakse lapsed maale üksikutele perekondadele kasvatada, kelledega kindlad lepingud on tehtud. Nii on iga lastekodu ümbruskonnas laste asundused olemas, kuhu mõnes kohas tuhanded lapsed on paigutatud.

Asunduse direktor peab igale lapsele kohased kasuvanemad leidma ja lapsi kordkorralt vaatamas käima.

Peale selle on nende laste jaoks veel omad asunduse arstid olemas, kes alaliselt laste tervise ja toitmise järele valvavad. Mõnes kohas, kus palju rinnalapsi koondatud, on ka veel õde ametisse pandud.

Ei leita igakord mitte lapsele kohaseid kasuvanemaid, siis korraldatakse perekonna asundused, see on ühe õpetaja hoolde antakse 10—20 last kasvatada ja õpetada.

Kui lapsed kasuvanemate juures 12 a. on saanud, siis küsitakse viimaste käest järele, kas nad soovivad lapsi ka peale 15 a. vanaduse oma juurde

jätta; kui mitte, siis paigutatakse lapsed kuhugile lastekodusse, kus neile mõnda käsitööd hakatakse õpetama.

Ungaris oli 1903 a. riikliselt kasvatada 16.697 last, 1908 a. 44.499 last. Riigile tuli see 1908 a. maksma 6.409.483 krooni, see on 160,6 krooni aastas lapse päält.

Pääle riiklise lastekaitse kannavad muidugi ka kogukonnad ja eraseltsid laste eest palju hoolt. Iseäranis tuleb nimetada Ungari rahvuslist lastekaitseliigat, kes valitsuse ja kogukondade toetusel lastekodusid üleval peab ja just nendele lastele, kes riiklise kaitse alt vabaks saavad ja elu jaoks veel mitte küllalt ei ole ettevalmistatud.

Nimetan veel, et Norramaal ilmasõja hakatusel tähtis seadus väljaspool abielu sündinud laste kaitseks välja anti. Selle järele nõutakse väljaspool abielu sündinud laste isade käest kõik lapse toitmise ja kasvatuse kulud sisse ja laps kasvatatakse nõnda üles, nagu see tema isa seisuse ja jõukuse kohane on.

Soomes on praegu uus lastekaitse seadus teoksil. Põhimõte on, et kogukonnad peavad oma laste eest hoolt kandma.

Mis puutub meie kodumaasse, siis ei jätnud Vene aeg meile ühtegi lastekaitse asutust, mille pääle edasi võiksime ehitada. Meie oleme siin, niikui mitmes muuski asjas, algajad. Meid ei seo mitte mineviku köidikud, kuid teiselt poolt ei ole meil ka mitte elutarka vilumust ega kogemusi sellel alal. Kõik tuleb uuesti luua ja elust õppides edasi sammuda.

Eesti lühikese iseseisvuse ajal on siin juba mõndagi tehtud. Nii oli meil 1920 a. 16 lastekodu, 8 lasteaeda, 3 suveasundust ja 3 rinnalastekodu; nendest peeti riigi poolt üleval: 3 rinnalastekodu, 3 lastekodu ja 2 suveasundust. Ameerika Punane Rist ühes Eesti Lastekaitse-ühinguga pidas selsamal ajal üleval 63 toitluspunkti ühes ambulatooriumidega, kus 23.635 last toideti ja arstliselt järele vaadati.

Esitan siin mõned laused, mille järele Eestis tulevikus lastekaitse hoonet ehitama hakata.

1. Iga abitarvitaja laps, alla 16. a., kellel hoolekandjat ei ole, peab riigi ehk kogukonna poolt ülespidamist ja kasvatamist leidma.

2. Seadusandlisel teel tuleb määrus maksma panna, mis paneks leitud, mahajäetud, abitarvitajad, maksu eest kasvatada antud ja väljaspool abielu sündinud lapsed omavalitsuse asutuste järelvalve ja kaitse alla. Viimaseid tuleb seaduse teel kohustada maksulisi laste hoolekandjaid ametisse panema, kelle ülesandeks on iga väljaspool abielu sündinud lapse kasusid kaitsta, eriti selle eest hoolt kanda, et lapse isa oma kohustusi lapse vastu täidaks, tarbekorral teda seaduse teel selleks sundides.

3. Tallinnas, Tartus ja Narvas tulevad laste haigemajad avada, vähemates linnades laste jaoskonnad linna haigemajade juurde.

4. Linnade sünnitusasutustes peab vaestele emadele võimalikuks tehtama maksuta vastuvõtmist leida

5. Tallinna, Tartu ja Kuresaarde tulevad emade- ja rinnalastekodud riigi kulul avada à 50—100 lapse jaoks. Neid juhatab lastearst.

6. Tallinna, Tartu ja Narva tulevad linnavalitsustel nõuandekohad emadele käima panna ja nende juurde piimaköögid asutada. Teistes linnades ja alevites selle järele, kuidas olud seda nõuavad.

7. Vabrikute juurde peavad vabriku valitsused ajakohased sõimed sisse seadma.

8. Igalpool tulevad koolid koolíarstide valve alla seadida ja koolides tervishoiu tundidel, iseäranis vanemates klassides, lapse hoidmise, toitmise ja ravitsemise küsimusi selgitada. Niisama peab ka ämmaemandate ja õdede koolides iseäralist rõhku lapse tervishoiu ja toitmise küsimuste pääle pandama.

9. Väikeste laste (3—7 a.) jaoks tulevad, niipalju kui nad ei ole perekondadesse kasvatada antud, riigi ehk kogukonna kulul lastekodud-lasteaiad, suuremate laste (8—16 a.) jaoks lastekodud-koolid ja noorte inimeste jaoks kodud- töökojad avada.

10. Parandamata haigete, langetõbiste, idiootide ja teiste sellesarnaste õnnetute laste eest hoolitsemise võtab riik täielikult oma kanda ja asetab neid sellekohastesse asutustesse.

11. Eraseltside ja ettevõtete jaoks jääksid: lasteaiad, laste suve-asundused, laste sanatooriumid ja merehospiitsid, niisama ka metsakoolid ja muud sellesarnased laste tervise ja elu eest hoolitsevad asutused.

12. Töölistele ja ametnikkudele, kellele perekonna toetusraha maksetakse, ei tule esimesele kahele lapsele sugugi abiraha anda, vaid alles kolmandast lapsest pääle.

13. Lasterikastele perekondadele tuleb riigi ja omavalitsuse asutustesse teenistusse astumise juures eesõigus anda, niisama ka korteri saamise juures linnades.

14. Iga poissmees, 30 a. pääle, iga lasteta leskmees ja lasteta abielumees, kui nad sissetuleku maksu maksavad, peavad teist niisama palju lastekaitse hääks maksma.

Läbirääkimistel toonitavad Tamm, Uudelt. Lepp ja t. ettekantud lõpulausete tähtsust ja tarvidust juba koolis õpetada lastekasvatust.

Omas lõpusõnas soovib juhataja, prof. Kajava, Eesti ametivendadele õnne ja edu ka edaspidiseks tööks.

Koosoleku lõpp k. 1 l.

II Sektsioon: Kliiniline ja eksperimentaalne meditsiin. — II Section: Médecine clinicale et expérimentale.

Koosolek 2 dets. 1921 k. 9 e. l. geoloogia instituudi kuuldesaalis.

Koosoleku avas kongressi abiesimees prof. Dr. K. Konik, tervitades rohkearvuliselt kokkutulnud ametivendi. Koosoleku aujuhatajaks valiti prof. Dr. Taavi Laitinen Helsingist, abideks: Dr. F. Akel Tallinnast, prof. Dr. A. Ucke Tartust. Kanti ette järgmised 7 päevakorra-kõnet, üle selle demonstratsioonid:

11) a) Prof. E. Masing, Dorpat: **„Über akute gelbe Leberatrophie".** Kurzer Bericht über 4 Fälle, von denen die beiden ersten typisch akut verliefen, der 3. ein protrahiertes Vorstadium (etva 1 Monat ohne Icterus, dann 6 Wochen Icterus) hatte, der 4. endlich bei einer Gesamtdauer von nahezu 4 Monaten in Schüben mit freiem Interwall verlief; die Blutuntersuchung im letzten Falle ergab eine Gerinnungsdauer von 25 Min., 435000 Blutplättchen im mm^3 u. eine geringe Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten; anatomisch in der Leber schon reichlich Bindegewebe.

Die Fermenttheorie erklärt am besten das Syndrom der akuten Atrophie u. ist gut gestützt. Es finden sich in der atrophischen Leber u. z. T. im Urin die fermentativen Spaltprodukte aller Leberbestandteile. Die zerstörenden Fermente können autochtone Leberfermente sein, könnten aber auch aus dem Pancreas stammen. Für die letztere Möglichkeit sprechen die degenerativen

Veränderungen, die in der Leber bei Eck'scher Fistel u. gleichzeitiger Traumatisierung des Pancreas gefunden werden (Fischler). Ebenso wie die akute Pancreasnekrose u. das Ulcus ventriculi ist wahrscheinlich die akute Leberatrophie ein Selbstverdauungsprozess, der durch vorausgegangene Gewebsschädigungen ermöglicht wird.

b) Prof. A. Ucke, Dorpat: **„Über akute gelbe Leberatrophie".** An die Ausführungen des H. Prof. Masing sei es mir gestattet einige Worte betreffs des anatomischen Befundes zu knüpfen. Er bezieht sich auf den 2-ten und 3-ten Fall.

J. M. 57 a. n. gest. 18. VI. Sect. 19. VI. 21. Kräftig gebaut, 162 cm. lang. Icterus, Ascites 300 cm.³. Zahlreiche Ecchymosen in Schleim- und serösen Häuten. Herz gross. In der Aortenintima gelbe Flecken. In den Lungen pneumonische Herde. Im Magen schwarzer Inhalt. Leber stark verkleinert, $26 \times 15^1/_2 \times 4$ cm. Kapsel leicht gerunzelt, linker Lappen schlaff, gelb, mit rötlichen Partien.

A. J. 16 a. n. gest. 1. X. Sect. 2. X. 21. Kräftig gebaut, 173 cm. Icterus. Blutungen in Schleim- und serösen Häuten. Lungenemphysem. Milztumor. Mesenteriale Lymphknoten vergrössert. Leber verkleinert: $24 \times 12^1/_2 \times 6$ cm. Rand scharf. Schnitt: gelbe und rote Partien, diese eingesunken; Läppchenzeichnung undeutlich.

Beide Fälle sind dem klinischen Verlauf nach zu den subakuten oder subchronischen zu zählen, was sich auch im mikroskopischen Bilde ausspricht. In beiden Fällen sind gut erhaltene Leberläppchen mit Leberzellen nicht zu finden. Man gewahrt nur junges Bindegewebe mit zahlreichen Capillaren und in dieses Gewebe eingestreut in grosser Zahl Epithelzellstränge, die meist solide erscheinen und als gewucherte Gallengänge angesehen werden müssen. Stellenweise aber sind noch Reste von Leberzellen zu sehen, die aber als Randpartien der Lobuli imponieren. Bei Fettfärbung (an der Leber des zweiten Falles) fallen diese Teile durch ihren reichlichen Fettgehalt auf: die Zellen sind mit grösseren und kleineren Fetttropfen vollgepfropft. Beachtenswert erscheint noch, dass diese Reste von Leberparenchym, soweit die Oberfläche der Leber in Frage kommt, unmittelbar unter der ganz unveränderten Glisson'schen Kapsel liegen.

In der Niere des ersten Falles sind die Hauptveränderungen an den Hauptstücken zu bemerken, deren Epithelien vielfach schon kernlos und bei Fettfärbung voll Fetttröpfchen sind: diese sind vorzugsweise an der Basis der Zellen gelagert. Sie finden sich auch in den Schleifen und auch Sammelröhren. Während dies Fett sich mit Sudan rot färbt, gibt es mit Nilblausulfat nur Blaufärbung, was darauf hinweist, dass es keine Neutralfette, sondern Lipoide sein dürften. Auch in den Glomeruli sowie in dem Kapselepithel sind feinste Fetttröpfchen vorhanden. Im zweiten Falle sind in den Nieren dieselben Veränderungen zu konstatieren, nur konnten keine Fettfärbungen vorgenommen werden.

Von weiteren Befunden ist noch einer lobulären hämorrhagischen Pneumonie zu erwähnen, die streckenweise bereits in Eiterung übergegangen ist und zu vollkommener Zerstörung des Alveolarepithels geführt hat.

Mit wenigen Worten möchte ich auf das Wesen des Prozesses eingehen, welchen ich mit der Mehrzahl der Autoren als einen in der geschä-

digten Leberzelle weitergehenden autolytischen Vorgang sehe. Wie der Prozess in der Leber beginnt, darüber fehlen uns noch durchaus genaue Kenntnisse, denn auch die akutest verlaufenen Fälle zeigen bereits einen Zerfall, der die ganze Leber ergriffen hat, ob aber dieser Zerfall in allen Teilen gleichzeitig und in ebenderselben Intensität einsetzt, ist sehr fraglich. Aus den subakut verlaufenden Fällen ersieht man aber, dass das Parenchym in verschiedenen Gebieten zu verschiedenen Zeiten untergeht und zu den bekannten Reparationserscheinungen führt, während andere Teile neu ergriffen werden. So allein ist der subchronische und chronische Verlauf denkbar, denn eine Regeneration bis zu wohlfunktionierendem Lebergewebe ist ganz unwahrscheinlich. Unter solchen Verhältnissen ist ein partieller Untergang von Lebergewebe ohne objektive Symptome möglich. Derartige Prozesse können klinisch zu den Bildern des katarrhalischen Icterus führen, andrerseits schleichend eine Lebercirrhose vorbereiten. Die Aetiologie beider Erkrankungen liegt noch vollkommen im Dunkeln und doch werden sie in letzter Zeit bezeichnender Weise in Anlass der akuten Leberatrophie erwähnt. Wenn es auch zu weit gehen würde sie als Anfangs- und Endstadium der akuten Leberatrophie zu betrachten, so könnte doch in dem katarrhalischen Icterus ein Prozess gesehen werden, der einer leicht verlaufenden, d. h. nur geringe Bezirke Lebergewebes zum Zerfall bringenden Leberatrophie, verglichen werden könnte. Wie die Wiederherstellung in einem solchen Falle vor sich ginge, durch Regeneration oder durch Bindegewebsbildung, können wir ja in Ermangelung autoptischer Befunde nicht sagen; die Möglichkeit ist immerhin nicht von der Hand zu weisen. Bei der Leberatrophie haben wir aber die sicheren Beweise, dass die Zerstörung des Gewebes etappenweise einsetzt und dadurch den subchronischen und chronischen Verlauf ermöglicht. Erst wenn die Leber vollkommen insufficient wird, kommen die letzten das Leben gefährdenden Erscheinungen zu Tage.

*

12) Dr. med. L. v. Lingen, Dorpat: **„Ueber die Fortschritte in der Gynaekologie u. Geburtshilfe in den letzten zwei Dezennien“.** Einen Blick werfend auf das Grenzgebiet zwischen Gynaekologie und interner Medizin, begegnen wir u. a. den Beziehungen zwischen der Schwangerschaft und den Nieren. Die in letzter Zeit veränderte Auffassung der Nierenleiden vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkt (Fahr u. Volhard) ist auch für die Auffassung der Schwangerschaftsniere von Bedeutung gewesen. Diese wird jetzt meist als eine Nephropathie ohne Entzündung aufzufassen sein, vergesellschaftet mit Oedemen, welche ihrerseits nach den neuesten Forschungen von Zangemeister, Heynemann, Hyssi u. a. extrarenalen Ursprungs und auf eine Schädigung der Kapillarendothelien zurückzuführen sind.

Neue zahlreiche Berührungspunkte hat die Gynaekologie mit der Frage der inneren Sekretion. Die Beziehungen zwischen dem Ovarium, der Nebenniere, Hypophysis, gland. thyreoidea, parathyreoidea, pinealis sind mannigfach; sie stehen in einer chemischen Korrelation zu einander, indem die Hormone bald als Antagonisten auftreten, bald in synergetischer Weise zusammenwirken. Wir wissen, dass das Ovarium ausser den sekundären Geschlechtscharakteren das Knochenwachstum, den allgemeinen Stoffwechsel u. den Fettansatz beeinflusst u. für den Uterus von trophischer Bedeutung u. protektiver Wirkung ist. Ebenso ist der kausale Zusammenhang zwischen Ovarium und

menstrueller Blutung nach neuesten Forschungen auf die innere Sekretion des Ovariums zurückzuführen. Hierher gehören auch die Frage der Sexualhormone, die durch Steinach in neue Bahnen gelenkt wurde, die Versuche der Feminierung u. Maskulierung von Tieren, die sogenannte Pubertätsdrüse, von der das letzte Werk von Prof. Lipschütz handelt.

Im Zusammenhang mit der Lehre von der inneren Sekretion steht die Organotherapie. Das Ovarin, Odphorin, Ovoglandol, Glanduitrin, Mammin u. a. haben in der geburtshilflichen u. gynaekologischen Praxis Eingang gefunden, das Pituitrin u. Pitoglandol (aus der Zirbeldrüse) als Wehen erregendes Mittel, das Adrenalin bei Blutungen post partum etc.

Ferner ist der Schwangerschaftstoxikosen zu gedenken wie Polyneuritis, Hyperemesis gravidarum, Urticaria, Eclampsia, die hervorgerufen werden durch Resorption einer körperfremden Eiweisssubstanz. Seitdem Veit die Verschleppung der Chorionzotten in den mütterlichen Kreislauf nachgewiesen, werden die Hyperemesis u. die Eklampsie als von der Eiperipherie ausgehende Intoxikation syncytialer Natur in Folge wiederholter Resorption von Zottenelementen, resp. als eine anaphylaktische Erscheinung (Much) angesehen. Die Versuche die Schwangerschaftstoxikosen mit Einschluss der Eklampsie mit Schwangerenserum zu behandeln oder mit organotherapeutischen Mitteln fielen vollkommen negativ aus. Das einzig Neue betreffs der Behandlung der Eklampsie ist die hier und da ausgeführte Nierendekapsulation, die Lumbalpunktion u. der Kaiserschnitt zu nennen. —

Die Ergebnisse der Immunitätsforschung haben zu Versuchen der Vakzinotherapie u. Vakzinodiagnostik hauptsächlich bei Gonorrhoe geführt, die in der gynaekologischen Praxis aber bei strenger Kritik wenig Anklang gefunden. — In nächster Beziehung hierzu steht die Serodiagnostik der Schwangerschaft (Abderhalden), sein Dialysierverfahren, dessen Prinzip darauf beruht, dass das Serum Schwangerer Plazentaeiweiss zu zerlegen im Stande ist. In der Praxis hat es sich nicht in dem erwünschten Mass bewährt.

Unlängst ist ein einfacheres Verfahren von Nürnberger zur Frühdiagnose der Schwangerschaft publiziert, die alimentäre renale Glycusurie: nach Darreichung von 100 Gramm Traubenzucker per os erscheint Zucker im Harn, aber der Blutzuckerspiegel bleibt normal, was unter anderen Verhältnissen nicht der Fall ist. Als neuer Zweig der Therapie tritt uns die Strahlentherapie der haemorrhagischen Metropathien, klimakterischen Blutungen u. besonders der Myome entgegen, infolgedessen die Indikation für operative Behandlung der letzteren von vielen Gynaekologen eingeschränkt, von manchen, wie Krönig und Gauss so gut wie aufgehoben ist. Ferner werden die Röntgenstrahlen durch die Einwirkung auf die Ovarien zur Herbeiführung von dauernder oder vorübergehender Sterilität benutzt.

An dem Fortschritt der Tuberkuloseforschung hat auch die Gynaekologie regen Anteil genommen. Allerdings haben die Pirquet'sche Kutanreaktion, sowie die Ophthalmoreaktion (Calmette) keinen diagnostischen Wert für die Gynaekologie. Es ist festgestellt, dass die Genitaltuberkulose vorwiegend sekundär auf dem Blutwege entsteht, ausserdem wird eine aszendierende u. eine deszendierende Form, sowie eine Kontaktinfektion unterschieden. Ob ein operativer Eingriff vorzunehmen sei, hängt von der Eigenart

des Falles ab, ob es sich um eine sog. trockene Tuberkulose handelt oder um eine solche mit Aszites. Das Verfahren mit Partialantigenen nach Deyke-Much hat in der gynaekologischen Praxis weder in diagnostischer noch therapeutischer Hinsicht Bedeutung erlangt, in prognostischer wird es anerkannt (Kirstein).

Was die Krebsfrage anbelangt, so ist in der Popularisierung derselben manches geschehen (Winter). Die Entwickelung der operativen Technik, namentlich Wertheims Methode der Radikaloperation per abdomen mit Entfernung der Parametrien und der Drüsen, eröffnete eine neue Aera. Die primäre Mortalität war besonders anfänglich, als vorgeschrittene Fälle öfter operiert wurden, hoch, höher als die der vaginalen Exstirpation (20%—29%), sank später auf 12%—18%. Später hat Bumm seine Methode der Peritonisierung durch Anlegung einer doppelten seroserösen Naht u. Abschluss der Bauchhöhle dadurch über dem Wundgebiet empfohlen, worauf die primäre Mortalität auf 12%—13% fiel. Zweifel hat die abdomino-vaginale Methode ausgearbeitet, die Extraperitonisierung des Karzinomherdes, die darin besteht, dass der karzinomatöse Uterus u. die Parametrien von oben gelöst und von unten entfernt werden nach Vernähung des Blasen- und Douglasperitoneums. Eine 1921 erschienene Arbeit von Schweitzer giebt die minimale noch nirgends erreichte primäre Mortalität von 5,3% an, die absolute Heilung 27,5%. Die sog. erweiterte vaginale Methode mit Paravaginalschnitt nach Schauta-Thorn hat eine geringere primäre Mortalität, dafür aber eine absolute Heilungsziffer von 7%—10%. Die der Karzinomfrage gewidmete Diskussion auf dem vorigjährigen Gynaekologen-Kongress in Berlin führte zu einer heftigen Debatte: auf der einen Seite Anhänger der Bestrahlungstherapie, auf der anderen absolut ablehnendes Verhalten gegen die Bestrahlung. Dass inoperable Fälle und solche nach der Operation der Aktinotherapie zugewiesen werden sollen, darüber waren alle einig. Es wurde konstatiert, dass die Dauerheilung einen über das Doppelte höheren Prozentsatz bei denen gab, die prophylaktisch nachbestrahlt wurden. Bumm hat auf eine zeitlang das Messer ganz bei Seite gelegt und alle Karzinome ausschliesslich bestrahlt. Die Resultate sind noch nicht spruchreif, nur geht aus Bumms Untersuchungen hervor, dass die Strahlenwirkung sicher auf 3—4 Ctm. in die Tiefe geht. Die unlängst publizierten statistischen Daten von Haendly auf Grund grosser Zahlenreihen der verschiedensten Kliniken lauten für die absolute Heilungsziffer nach Operation 22,4%, und für die Strahlenbehandlung 20,7%.

Was die Resultate der operativen Technik anbelangt, so hat die Laparotomie durch den Pfannenstiel'schen suprasymphysären Querschnitt, den verstärkten Wundschutz, das Peritonealisieren u. Extraperitonealisieren viel gewonnen. Jüngst ist von Fuchs freie körpereigene Bauchfellüberpflanzung als Deckmaterial bei Serosadefekten empfohlen worden.

Die vaginale Aera, von Dührssen inauguriert, fand in Schauta, Landau, A. Martin, Ott, Péan u. a. warme Vertreter, umsomehr als die direkte Beleuchtung der Bauchhöhle von der Vagina aus mit elektrischen Lampen eine hohe Vollkommenheit erreichte. Die Ligamenta rotunda wurden der Angriffspunkt für die Verkürzung, welche entweder vaginal ausgeführt wurde oder intraperitoneal durch Annähung der Lig. rot. bald auf der vorderen, bald auf der hinteren Fläche des Uterus oder auf dem musc. rect. abdom. Die

vaginale Interpositio uteri nach Schauta-Wertheim hat gute Resultate zu verzeichnen. Andere Verfahren, wie Collifixatio uteri (Bumm), die Suspension der Portio an das Periost des Promontoriums — haben wenig Nachahmer gefunden. Nach den Erfahrungen, welche die Chirurgie mit Faszientransplantationen gemacht, wurden auch in der Gynaekologie die ersten Versuche, bei Prolapsoperationen und Defekten des Beckenbodens Faszienstreifen aus der Oberschenkelfaszie zu entnehmen, gemacht. Es ist jedoch nicht viel über die Dauerresultate zu hören.

Von Operationen neueren Datums wäre zu nennen der plastische Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt durch ein reseziertes Stück Dünndarm (Mori, Bumm) oder Rectum (Schubert, Strassmann) mit recht hoher Sterblichkeit u. verschiedene Vesiko-Vaginalfisteloperationen.

Was die Aborttherapie anbelangt, so bildete sich 1909 unter Winters Aegide eine neue Richtung, welche bei Anwesenheit haemolytischer Streptokokken jeden intranterinen Eingriff zur Beendigung des Aborts unterliess, weil die Manipulation am Fruchthalter die Propagation der Infektion zur Folge haben kann. Der Winter'schen Anschauung ist vielfach widersprochen worden. An der Hand eines grossen Materials, das mir während meiner mehr als 20-jährigen Tätigkeit an der gynaekologischen Abteilung des Peter-Paulhospitals in Petersburg zur Verfügung gestanden, sehe ich in der schonenden Ausräumung den besten Erfolg der aktiven Therapie. Bei einer Frequenz von etwa 1000 inkompleten Aborten im Jahr betrug die Mortalität 1,7%. Natürlich wurden Fälle, wo die Infektion die Grenzen des Uterus überschritten, nicht angerührt.

Von geburtshilflichen Verfahren muss Erwähnung getan werden des Dämmerschlafes mit Scopolamin + Narkophin u. Scopolamin + Amnesin (Krönig). Als nachteilige Folgen werden angegeben Wehenschwäche, Apnoë u. Asphyxie des Kindes u. damit im Zusammenhang eine häufiger auftretende Notwendigkeit zu operativen Eingriffen, sowie eine grössere Mortalität der Kinder.

Der operativen Geburtshilfe ist ein grosses Feld der Tätigkeit eröffnet durch die beckenerweiternden Operationen, die Symphyseotomie (Zweifel, Pinard) und die Hebosteotomie, bei welcher das Becken nahe der Mittellinie durchsägt wird, wobei die Bumm'sche Methode u. die Döderlein'sche subkutane die gebräuchlichsten Verfahren bilden. Jedoch haben die kommunizierenden Scheidenrisse, die Blasen- und Harnröhrenverletzungen selbst Döderlein veranlasst die Operation einzuschränken u. Erstgebärende grundsätzlich von der Hebosteotomie auszuschliessen. Die Mortalität für Mutter und Kind wird nach Gagel (1919) mit 5,2% angegeben.

Das von der Hebosteotomie errungene Gebiet hat der Kaiserschnitt stark eingeengt, bei welcher verschiedene Modifikationen empfohlen wurden: der subperitoneale cervikale Kaiserschnitt von Frank, der rein extraperitoneale nach Sellheim, Latzko u. Döderlein und der gleichfalls extraperitoneale nach Küstner mit seitlichem Längsschnitt 3—5 Ctm. von der Linea alba, um leichter an die Seitenwand der Blase zu kommen. Wegen der Gefahr der Nebenverletzungen und der häufig unvermeidlichen Eröffnung der Peritonealhöhle bei der Absicht extraperitoneal zu operieren, wird von vielen Operateuren dem klassischen intraperitonealen

Kaiserschnitt der Vorzug gegeben. Endlich ist der Fritsch'sche Fundalschnitt zu nennen: Die Mortalität der Mütter beträgt bei reinen Fällen 2%—5%. Manche Operateure erweitern die Indikation auf unreine Fälle, ja Wagner geht so weit, in dem die Geburt komplizierenden Fieber bei engem Becken geradezu eine Indikation zur Sectio caesarea zu sehen.

Auf dem gynaekologischen Kongress in Berlin im Mai 1920 feierte Dührssen das 25-jährige Bestehen des vaginalen Kaiserschnittes mit einer zusammenfassenden Kritik derselben. Die Operation ist indiziert, wo Lebensgefahr für Mutter oder Kind besteht bei völlig unentfalteter Cervix, bei Eklampsie, Nieren- und Herzerkrankungen, jüngst auch bei Placenta praevia. Dührssen inzidiert die hintere und dann die vordere Cervixwand, Bumm spaltet nur die vordere. Am zweckmässigsten scheint es nur, wie Fehling u. andere, zuerst den Querschnitt anzulegen und dann den Längsschnitt durch die vordere Scheiden- u. Cervixwand.

Bei Postpartumblutungen ist jetzt bei stärkerem Blutverlust die in früherer Zeit geübte Bluttransfusion vom Spender zum Empfänger auf arterio-venösem Wege oder von Vene zu Vene von Thies wieder empfohlen. Man tut gut, um möglichst adalquates Blut zu bekommen, als Blutspender einen nächsten Verwandten zu wählen oder, wenn Zeit u. Umstände es erlauben, die Blutsera von Spender u. Empfänger auf Isoagglutinine u. Isolysime zu untersuchen, da es an warnenden Beispielen mit tötlichem Ausgang infolge von Agglutinierens des Blutes nicht fehlt. Bumm empfiehlt die Transfusion bei Verblutung, Sepsis u. Karzinom (wegen Anaemie nach Bestrahlung). Die Eigenbluttransfusion besteht darin, dass das in der Bauchhöhle befindliche flüssige Blut filtriert u. intravenös eventuell während einer Laparotomie in eine Mesenterialvene oder die Vena spermatica infundiert wird.

Auf dem Gebiet der Septiko-Pyämie, deren Morbiditätsfrequenz nach neuesten Angaben noch 1% beträgt, haben die Behandlung mit verschiedenen Seren, die Unterbindung der Vena spermatica u. hypogastrica bei Thrombophlebitis, wie auch die Uterusexstirpation wenig erfreuliche Resultate aufzuweisen.

Eine Reihe von Arbeiten aus der Vor- und Nachkriegszeit (Ahlfeld, Bondy, Goldstrom, Loeser) beziehen sich auf die Bakteriologie der Geburtswege. Es steht fest, dass in der Vagina normaler Gebärender haemolytische (14%) u. anhaemolytische (53%) Streptokokken gefunden werden. Angestellte Untersuchungen haben ergeben, dass für den Verlauf des Wochenbetts die Anwesenheit resp. Abwesenheit haemolytischer oder anhaemolytischer Streptokokken im Vaginalsekret nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist. Wir reden von einer exogenen u. endogenen Keiminfektion.

Alles in allem hat die Gynaekologie, reich an Erfolgen, mit den Schwesterwissenschaften gleichen Schritt gehalten, von diesen in gleicher Weise Anregung erfahrend, wie solches ihnen spendend, zum Heil der leidenden Frau.

*

13) Dr. med. Akseli Nikula, Helsingfors: **Die Alkoholverbrecher und ihre Behandlung** nach dem finnischen Gesetz.

Die Kriminalstatistik konstatiert einen bedeutenden Einfluss des Alkohols auf die Verbreitung des Verbrechertums. Die forensische Medizin hat zu erforschen, welche Veränderungen der Alkohol im menschlichen Organismus,

insbesondere im Gehirn verursacht, ferner die von demselben herrührenden Veränderungen im Geistesleben des Menschen, sowie die Beziehungen dieser Veränderungen zum Verbrechen.

Es hat bereits die Ansicht allgemeine Annahme gefunden, dass der Alkohol, je nach dem genossenen Quantum, eine vergiftende Wirkung auf den menschlichen Organismus ausübt. Schon ein gelegentlicher, etwas reichlicher Genuss desselben verursacht merkbare Veränderungen in der Funktion des Gehirns. Ausgesprochener und dauerhafter werden diese Veränderungen durch fortgesetzten Genuss, namentlich bei schwächeren Individuen. Es treten hierbei die bereits früher bestandenen psychischen Defekte deutlicher hervor, oder aber es werden nur dem Alkohol eigentümliche Veränderungen verursacht.

Der gewöhnliche Zustand der Betrunkenheit dürfte einem jeden in der Hauptsache bekannt sein. Er äussert sich einerseits in einer Abnahme der Urteilskraft, Schwächung des Fassungsvermögens und in allgemeiner Erschlaffung der höheren geistigen Fähigkeiten, und andererseits in rascherem Hervorbrechen der Willensäusserungen und lebhafterem Hin- und Herwogen des Gefühlslebens.

Je tiefer die Wirkung des Alkohols wird, desto mehr schwinden die von äusseren Umständen bedingten hemmenden Kräfte und die ursprünglichen Eigenschaften und Triebe des Menschen treten deutlicher hervor. So z. B. treibt die Heftigkeit im Charakter den Menschen zum rohen Benehmen, ebenso steigert sich der Geschlechtstrieb oft zur sexuellen Ausschweifung.

Diese, sogenannte normale Reaktion des Alkohols führt zunächst zur Sittenverletzung und Störung der öffentlichen Ordnung usw. Zuweilen kann der Mensch von periodisch auftauchenden, auf bestimmte Handlungen zielenden Trieben momentan hingerissen werden und wird durch dieselben zu unbewussten Handlungen, wie zum Messerstechen, zur Brandstiftung und insbesondere zu sexuellen Missetaten verleitet werden (auf schlummernden homosexuellen Anlagen beruhende Handlungen usw.). Auch hat der Alkoholrausch Lücken und Unsicherheit des Gedächtnisses zur Folge, was die Testierfähigkeit der Betreffenden beeinträchtigt.

Obgleich der einfache Alkoholrausch somit für einen Vergiftungszustand anzusehen ist, vermindert derselbe jedoch keinesfalls die Zurechnungsfähigkeit des Individuums.

Anders verhält es sich bei Zuständen, wo, ausser Alkohol, noch die aus einem oder anderem Grunde verminderte Widerstandskraft bezüglich des Alkohols hinzukommt.

Bei solchen Alkoholintoleranten ist die vom Alkohol verursachte Reaktion schneller und stärker als bei normalen Menschen und die Veränderungen des Geisteslebens sind tiefer als beim einfachen Rausch. Solche Intoleranz kann bei einigen Personen gelegentlich, bei anderen dagegen dauernd durch das ganze Leben in Erscheinung treten. Meist handelt es sich hier um Personen, deren psychisches Leben vom Normalen abweichende Züge aufweist, ferner um geistig Minderwertige, an Hysterie, periodischer Geisteskrankheit und vor allem Epilepsie leidende Personen. Ebenso können solche Umstände wie geistige Überanstrengung, Ermüdung des Nervensystems, körperliche Gebrechlichkeit und organische Hirnkrankheiten, wie Apoplexie und Gehirnsyphilis, die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen Alkohol schwächen.

Vom eigentlichen pathologischen Betrunkenheitszustande spricht man aber erst dann, wenn sich an diesen Rauschzustand rein krankhafte Züge anschliessen. Sie sind also in ihrer Art sich plötzlich entwickelnde und schnell vorübergehende Zustände von Geistesstörung. Es entwickeln sich hierbei eine Reihe von dem vorigen abweichende Anzeichen. Zwecklose Bewegungen, sogar Bewegungsstereotypieen und seelische Niedergeschlagenheit, Schmerzen in der Herzgegend oder allgemeiner Art, Angstgefühl, gesteigert bisweilen bis zu Verfolgungsideen. Späterhin kann das Gemütsleben in Gereiztheit übergehen, sich steigernd bis zu rasenden Wutausbrüchen. Zuweilen aber bewegt sich das Gefühlsleben in einer dem vorigen ganz entgegengesetzten Richtung und der Betrunkene fühlt sich überaus glücklich. Zu dem Glücksgefühl kann sich noch ein gleichgestimmter Grössenwahn gesellen. Die Person glaubt Christus oder Herrscher der Welt zu sein. — Die Fähigkeit, Ort und Zeit zu bestimmen, verschwindet und die Person verkennt ihre Umgebung im Lichte der jeweiligen herrschenden Gemütsstimmung. Ist letztere trübselig und qualerfüllt, so bildet sie sich ein, sie befinde sich in einem Keller, Leichenhause oder einer Schlächterei, den Krankenwagen kann sie für den Ofen der Hölle, die Bettstelle für eine verderbenbringende Maschine, und den Arzt für den Totengräber oder gar den Teufel selber halten. Zuweilen hat der Betrunkene Sehhalluzinationen, er sieht Mäuse, Frösche und Schlangen, oder Personen, die er lange nicht getroffen hat. Diese allgemeinste pathologische Form des Rausches beginnt plötzlich, entweder als eine Fortsetzung des gewöhnlichen Rausches oder unabhängig von demselben und kann bereits vor dem Aufhören der Wirkung des Alkohols vorüber sein.

Ursachen desselben können alle im Zusammenhang mit den der Alkohol-Intoleranz stehenden Umstände sein. Als Gelegenheitsursachen kommen Nachtwachen, schlechte Ernährung, körperliche Anstrengungen, ausschweifende Lebensweise nnd starke Gefühlswandlungen in Betracht.

Die Vergehen, die man sich im pathologischen Rauschzustande zuschulden kommen lassen kann, werden in zwei gewissermassen charakteristische Gruppen eingeteilt. Zu der einen gehören Ehrenkränkung, Bedrohung und Widerstand gegen die Ordnungsgewalt, zu den andern die schwereren, manchmal sehr roh erscheinenden Handlungen gegen das Leben eines Mitmenschen. Es bleibt gar oft vom Zufall abhängig, welcher Art das begangene Verbrechen ist. In Ermangelung einer Waffe genügt ein Faustschlag oder ein Fusstritt, falls aber zufällig ein Messer oder eine Schiesswaffe erreichbar ist, folgt Messerstechen oder Anschiessen.

Die Rauschzustände der Schwachsinnigen, Degenerierten, der geistig Heruntergekommenen gleichen durchaus nicht immer dem pathologischen Rauschzustande, sondern sie können auch im Rahmen der Erscheinungen des einfachen Betrunkenheitszustandes hervortreten. Da die geistige Grundlage bei solchen Individuen minderwertig ist, werden sie umso leichter zu verschiedenartigsten Verbrechen hingerissen. So steigt z. B. bei den Imbezillen oft das Selbstbewusstsein dermassen, dass in ihnen die Lust erwacht, einmal ihre bisher weniger beachtete Persönlichkeit in den Vordergrund zu stellen, und sie lassen sich, da die Urteilskraft schon von Natur aus schwach ist, verleiten, die Anderen zu ärgern und zu beleidigen. Daraufhin geraten sie leicht in Schlägerei. Auch die Sittlichkeitsverbrechen gehören bei

ihnen zu keinen Seltenheiten und die Opfer desselben sind meistens ältere, schwache weibliche Personen. Brandstiftungen kommen ebenfalls nicht selten vor. Um als Held des Tages zu erscheinen, können sie selber als erste von dem Brande Mitteilung machen und an der Spitze zur Löschung desselben arbeiten. Zuweilen kann auch alter versteckter Hass so stark hervorbrechen, dass Totschlag begangen wird. Wenn wir dagegen ein anderes, nicht schwachsinniges aber geistig minderwertiges Individuum, etwa eine krankhaft erregbare, aber intellektuell gut entwickelte Person betrachten, so sind die von ihr in der Betrunkenheit begangenen Vergehen anderer Art (Beleidigungen, sowohl An- als Abwesender, der Behörden usw.). Die Hysterischen wiederum, die in nüchternem Zustande vorsichtig genug ihre Worte erwägen, lassen sich im Rausch oftmals verleiten, im Lichte ihrer allzu lebhaften Phantasie in einer von der Wahrheit abweichenden Weise zu sprechen, grosse Versprechungen zu geben, Geschäfte zu machen, die sie ernüchtert dann nicht zu erfüllen vermögen und dadurch wegen Betrugsversuche zur Verantwortung gezogen werden. Auch auf dem Gebiete des Affektlebens geschehen bei ihnen oft grosse Veränderungen, die unangenehme Konflikte zur Folge haben können.

Auch bei der Epilepsie spielt der Alkohol eine besondere Rolle. Erstens kann nach fortwährendem reichlichen Genuss von Alkohol bei einem früher ziemlich gesunden Individuum die Fallsucht mit ihren Krampf- und Dämmerzuständen entstehen, aber auch wiederum verschwinden, wenn die Spirituosen wegbleiben, wobei keine dauerhafteren Verwandlungen des psychischen Lebens zurückbleiben. Immerhin kann die Person während der eigentlichen Krankheit dem Epileptischen eigentümliche, auch schwere Verbrechen begehen. Andererseits kann eine schlummernde Epilepsie durch den Genuss von Alkohol zum Ausbruch gebracht werden und schwere Krampfanfälle zur Folge haben, wobei dann die für den Charakter eines gewöhnlichen Fallsüchtigen bezeichnende Enge des Gedankenkreises und vor allem die ausgesprochene Gereiztheit eine sehr schwere Form annimmt und zu gefährlichen Taten, wie zur Körperverletzung und zum Totschlag, führt.

Es ist möglich, dass die bei den Alkoholikern zuweilen nach regelmässigen Pausen wiederkehrenden Zustände der Melancholie auch in irgend einem Verhältnis zu der Epilepsie stehen. Eine sonst geordnete Person kann nach bestimmten Zwischenzeiten der Trunksucht anheimfallen: es stellt sich ein qualvolles Gefühl ein, nebst Reizbarkeit, motorischer Unruhe, wobei zugleich starke Begierde nach Spirituosen erwacht. Während dieser krankhaften Zeiten lebt sie gewöhnlich in schlechter Gesellschaft und gerät dadurch in Konflikt mit dem Gesetz und der Ordnungsgewalt.

Jetzt kommen wir zu den Eormen, bei denen der chronische Alkoholismus bedeutende Veränderungen der Gehirnsubstanz und damit schwerere nnd dauerhaftere Veränderungen im Seelenleben zur Folge hat.

Es entwickeln sich da allmählich auf dem Gebiete des höheren Gefühlslebens bedeutende Lücken. Die Liebe zu den Angehörigen schwindet, Pflicht- und Verantwortlichkeitsgefühl verliert seinen Einfluss auf die Handlungen des Trinkers. Ein solcher Mensch ist sehr leicht erregbar und begeht bei seinen Wutausbrüchen Gewalttaten. Auch die intellektuelle Seelentätigkeit ist gestört, obgleich dieser Umstand neben anderen Kennzeichen anfangs nicht so leicht bemerkt werden kann. Später tritt derselbe jedoch deutlicher hervor, u. a.

als Mangel an Urteilsfähigkeit, der zur Verschönerung eigener Fehler und Beschuldiguug der Mitmenschen, zu Misstrauen gegen die Umgebung, ja sogar zum Verfolgungswahn, zur Schwächung des Gedächtnisses und insbesondere zur Abnahme der Beobachtungsgabe sowie schliesslich zum Stumpfsinn führt.

Nicht immer zeigt der dauernde Genuss von Spirituosen das vorhin beschriebene Bild des chronischen Alkoholismus. Ausser der bereits erwähnten Alkohol-Intoleranz und dem pathologischen Rauschzustand, können sich auf der vom chronischen Alkoholismus geschaffenen Grundlage mehrere Geisteskrankheiten von längerer oder kürzerer Dauer entwickeln, die auch schwere Verbrechen zur Folge haben können.

Von diesen sei zu erwähnen das mit dem pathologischen Rauschzustande gewissermassen verwandte allgemein bekannte Delirium tremens.

Zu Verbrechen gibt diese Form seltener Veranlassung als viele andere Alkoholstörungen. Immerhin kann der Kranke besonders im Anfangsstadium seine Pfleger oder die in seiner Nähe befindlichen Personen beleidigen. Von Trübsinn übermannt, kann er grundlose Gewaltakte gegen sich selbst oder gegen seine Umgebung ausüben (aus dem Fenster hinausstürzen usw.).

Ferner wären zu erwähnen Zustände seelischer Depression bei chronischen Alkoholikern. Die Qual in Verbindung mit den trübseligen Phantasien kann zu Selbstmordversuchen führen, die der Patient, im Gegensatz zum pathologischen Rauschzustande, eine Zeit lang vorher überlegt und planmässig vorbereitet.

In den meisten Fällen kann als Folge des Alkoholmissbrauches ein Verwirrungszustand entstehen, bei dem sich die intellektuelle Seelentätigkeit einigermassen erhalten hat, dagegen viele Hallucinationen u. Wahnideen vorhanden sind. Der Patient ist über Zeit und Ort im Klaren. Er gibt über den grössten Teil der Ereignisse um sich her eine richtige Erklärung. Die Antworten lauten sachlich. Doch in seinen Ohren klingen fortwährend Stimmen, die ihn tadeln, beleidigen oder bedrohen. Auch in seiner Haut fühlt er Jucken und Stechen. Zuweilen treten auch Geruchs- und Geschmackshallucinationen auf. In den ersten Tagen der Krankheit ist das Gemüt bedrückt, doch das verwandelt sich bald in eine mehr farblose Stimmung. Die Wahnideen bilden hier ziemlich schnell ein wohlüberlegtes und detailliertes System. Derartige Patienten sind gefährlich: ein solcher mit Grössenwahn kann unter Umständen in seiner göttlichen Prädestination einen Mord verüben, und einer mit Verfolgungswahn — den vermuteten Verfolger oder seine Helfershelfer misshandeln oder gar auf sie losschiessen. Die leichteste Form dieses Verwirrungszustandes kann in einigen Tagen vorübergehen, die schwereren Zustände können langwierige sein. Ausserdem kann sich die Verwirrung ein oder mehrere Male wiederholen, wobei die Möglichkeit einer bleibendeu Wahnidee sich immer vergrössert.

Als Übergangsform von akuten in langwierige Alkoholzustände ist eine hauptsächlich in bezug auf die Gedächtnisstörung eigentümliche Form anzusehen. Die Fähigkeit, neue Eindrücke zu empfangen, erscheint sehr geschwächt. Die Störungen können den Grad erreichen, dass der Patient sich nach Verlauf einiger Minuten der ihm gezeigten Gegenstände oder der ihm mitgeteilten Nummern und Worte nicht mehr zu erinnern vermag. Anfangs kann er sich noch früherer Erlebnisse erinnern, doch allmählich fallen ihm grösstenteils

auch diese aus dem Sinn, wenn er sich auch immer noch im Rahmen seiner früheren Persönlichkeit bewegt und die Erinnerungen der Kinder- und der Jugendjahre gewöhnlich erhalten bleiben. Daraus folgt natürlich, dass die Patienten über Ort und Zeit nicht im Klaren sind: Das Krankenhaus ist ihnen irgend ein Privathaus, die Ärzte und die andern Kranken sind alte Bekannte. Die Lücken im Gedächtnis versuchen sie durch Ersinnen von allerlei Geschichten auszufüllen. Die Krankheit beginnt gewöhnlich in akuter Form und hört als chronisches Leiden auf.

In dem Anfangsstadium kommen Verbrechen kaum vor, in den langwierigeren Eällen aber kann die krankhafte Erregbarkeit und die geschwächte Widerstandsfähigkeit dem Alkohol gegenüber zu den, den Alkoholikern im allgemeinen charakteristischen gesetzwidrigen Handlungen, insbesondere den Affektverbrecher führen.

Wie erwähnt, können nach gewissen, kürzere Zeit dauernden Verwirrungszuständen, falls sie sich mehrmals wiederholen, beständige Wahnideen zurückbleiben. Ähnlich kann bei Personen, die lange Zeit hindurch Alkohol gebraucht, auch wenn sie keine Zustände der Sinnesstörung erlebt haben, eine bleibende Wahnidee entstehen. Den Trinkern eigentümlich ist der Eifersuchtswahn, wodurch sie in gar schwere Konflikte geraten, da sie im allgemeinen die Umstände im Lichte ihres eigenen Wahns deuten. Der Kranke sieht z. B. des Abends nichtexistierende Schatten und Wesen, die er für die Liebhaber seiner Frau hält, oder aber er glaubt beim Nachhausekommen bemerkt zu haben, dass Bett sei in Unordnung, seine Frau sei aufgeregt, ihr Blick habe etwas sonderbares usw., woraus er sofort den Schluss zieht, seine Frau sei untreu gewesen. Schon fremde Schritte im Treppengang und andere ähnliche Umstände können derartige Gedanken erwecken. Vom Eifersuchtswahn befallen, kann die Person sich zu Beleidigungen und Misshandlungen verleiten lassen, die oft in rohester Form geschehen, ja sogar mit Totschlag enden können.

Zuweilen entwickeln sich die Eifersuchtswahnideen zu einem eigentlichen Wahnsystem. Der Kranke sammelt allmählich eine reiche Beweiskette und begründet seine Ansichten ausführlich und oft auch sehr geschickt, obgleich der Ausgangspunkt nicht der Wirklichkeit entspricht. Die Beleidigungen und Gewaltakte sind auch in diesen Fällen gewöhnlich und das Opfer wird die Ehefrau, die Geliebte oder der vermeintliche Liebhaber der Frau, wobei das Verbrechen lange und sorgfältig vorbereitet wurde.

Es sei noch der Endzustand des schweren Alkoholismus erwähnt, für den der auf verschiedenen Gebieten des psychischen Lebens erscheinende, sich sehr weit entwickelnde Stumpfsinn bezeichnend ist. Das Vagabundentum, die Bettelei und dergleichen bringen die Betreffenden in Konflikt mit der Ordnungsgewalt.

*

Im vorausgehenden wurde bereits erwähnt, dass die gewöhnliche oder physiologische Alkoholreaktion nach dem finnischen Gesetz an und für sich die Zurechnungsfähigkeit einer Person nicht vermindert. Anders verhält es sich mit den anderen Alkoholzuständen.

Für die eigentlichen dauernden Alkoholpsychosen gilt das allgemeine Gesetzgebungsprinzip, dass eine Person während derselben unzurechnungsfähig ist.

Dahingegen sind die pathologischen oder komplizierten Alkoholreaktionen und die anderen kurzanhaltenden Verwirrungszustände sehr schwer zu beurteilen. Es sind das ebenfalls Zustände, in denen eine Person — medizinisch betrachtet — unzurechnungsfähig erscheint. In der Rechtspflege müssen aber ausserdem auch soziale Gesichtspunkte beachtet werden. Der Rechtspfleger darf keineswegs die Gesellschaft zugunsten des Einzelnen vergessen, aber auch nicht den Einzelnen zugunsten der Gesellschaft gänzlich opfern.

Die medizinische Erfahrung beweist, dass solche Personen im Hinblick auf eine mögliche Heilung, auf eine bestimmte Zeit, deren Dauer nach dem jeweiligen Fall bemessen wird, vom Alkohol getrennt sein müssen. Die Untersuchungszeit ist in den meisten Fällen nicht so lang, dass sie den erfahrungsmässigen Forderungen der Medizin — Verhütung der Recidive — genügen würde. Dann erscheint die Frage, wo die Person interniert werden soll? In eine Irrenanstalt gehört sie während ihrer alkoholfreien Zwischenzeiten eigentlich nicht, jedoch auch das Gefängnis ist kein richtiger und kein rechtmässiger Platz für sie. Wir haben aber in Finnland noch kein staatliches Alkoholasyl oder eine andere ähnliche Anstalt, sodass der Rechtspfleger zwischen Gefängnis und Irrenanstalt zu wählen hat. In Ermangelung eines besseren haben dann auch die Gerichtshöfe nicht selten ihre Zuflucht zur Anwendung der Strafe als Nothilfe in solchen Fällen genommen. Das finnische Gesetz enthält ausserdem die ausdrückliche Bestimmung, dass, wenn der Rauschzustand, mag derselbe auch atypisch sein, eine weniger durchgreifende Geistesstörung verursacht, sodass erachtet wird, der Betrunkene sei „nicht im Besitze vollen Verstandes", der Rauschzustand in keiner Weise die Strafbarkeit vermindert. Die Pflicht des Sachverständigen-Arztes ist natürlich sich auf das geltende Gesetz und die realen Verhältnisse zu stützen. Es ist ohne weiteres klar, dass der Standpunkt der Medizin in dem Gutachten sachgemäss hervorzuheben ist. Während meiner Tätigkeit als Sachverständiger habe ich die Überzeugung gewonnen, dass auch bei Beurteilung der kurzanhaltenden alkoholischen Verwirrungszustände Einverständnis zwischen Sachverständigen-Arzt und Rechtspfleger erzielt werden kann, was gerade auf diesem so empfindlichen Gebiete vonnöten ist. Die Entwickelung scheint bei uns in Finnland die Richtung zu verfolgen, dass der Rechtspfleger auch in betreff der Alkoholdämmerzustände beginnt, dieselben in der Praxis für Psychosen anzuerkennen, und die Betreffenden werden nach Abschluss ihrer Untersuchungszeit in eine Irrenanstalt überführt und dort solange isoliert, bis die Medizinalbehörden sie als für die Gesellschaft nicht mehr gefährlich erklären. Unter diesen Umständen ist dies meiner Ansicht nach auch das geeignetste Verfahren.

Läbirääkimised. Diskussion.

Loewe fragt den Vortr. an, ob seine These, dass akuter Alkoholrausch beim Normalen niemals verminderte Zurechnungsfähigkeit erzeugt, nicht missverständlich ist? Neben der pathologischen Konstitution ist auch die Dosis massgeblich. Der verfehlte Begriff „pathologischer Rausch" hat eine Zweideutigkeit: es kann die pathologische Disposition, aber auch die „pathologisch" hohe Dosis gemeint sein.

Nikula: Es ist zwar ohne weiteres klar, dass der gewöhnliche Rauschzustand, vom medizinischen Standpunkt für eine Psychose von kurzer Dauer

anzusehen ist, die Plicht der Medizin ist aber, ihre Lehre auch dem praktischen Leben anzupassen und mir scheint, dass der Gesellschaftsbau bei dem jetzigen Stand des Alkoholverbrauchs schwer zu schützen wäre, wenn alle Personen, die ihre Verbrechen im gewöhnlichen Rauschzustande verüben, unbestraft ausgingen. Ich gebe zu, dass solche Fälle eintreten können, in denen eine Person, die ein Verbrechen in einem für physiologisch anzusehenden Rauschzustande verübt hat, trotzdem für einen vermindert Zurechnungsfähigen angesehen werden kann, doch dann hat hier nicht der Alkoholrausch dieses bewirkt, sondern eine beim betreffenden Individuum sonst zu konstatierende tiefere Minderwertigkeit oder Degeneration des psychischen Lebens. Nach dem finnischen Gesetz vermindert nicht einmal der mehr atypische Rauschzustand, der eine weniger vollkommene Geistesstörung verursacht, die Zurechnungsfähigkeit einer Person, falls nicht festgestellt werden kann, dass sie sich in einem vollkommen besinnunglosen Zustande befunden hat.

*

14) Dr. V. Lellep, Tartust: **„Uuemad vaated homoseksualiteedi üle".** (Vues nouvelles sur l'homosexualité.)

Sugutung avaldub tähtsa mõjuna, tema pinevus ja avaldamisviis on mitmekesised, ta võib kõrgeneda kuni „ärituse näljani" (Moll) ja suguelu vallata, siis võetakse ekstragenitaalsed, sensoorilised äritused abiks, nagu frotaash, fetischism, sadism j. n. e.

Sugutung on loomulikult mehe juures naise pääle juhitud ja ümberpöördud, selle vastu on konträärseksuaalne (Westphal) sugutung sama soo pääle juhitud. Meie jagame Molli järgi sugutungi: kontraksioon-tungiks (suudlemine, kaisutamine) ja detumestsents-tungiks (suguosade rahuldamine). Sugutungi arenemise küsimusi on bioloogiliselt selgitatud järgmiselt:

Ulrichs arvas („Memnon" 1868 a.), et arenemine psüholoogiline on, mehel olevat sündimisest saadik naiseline hing. Binet arvab, et ettekujutuste ja tundmuste assotsiatsiooni tõttu esimese sugulise ärituse juures alles differentseerimata iha oma enese soo pääle võib saada juhitud.

Chevalier on arvamisel, et embrüo kogu loomariigis juba biseksuaalselt areneb; differentseerimine sünnib evolutsiooni läbi; hakatuses on inimene aseksuaalne, alles pärastpoole tuleb tuleviku tüüp esile kehakujus, töös, maitsetes.

Krafft-Ebing jaotab homoseksuaalseid sündimisest saadik olevateks ja hiljem väljakujunenuteks. Moll arvab sedasama: pervers kalduvus on päritud hingeline degeneratsioon ja kutsutud esile alkoholismi, vaimu- ja närvihaiguste tõttu. Kraepelin, Bloch ja Eulenburg on homoseksuaalse sugutungi loomisest saadik olemasolu eitanud. Vahepääl on bioloogiline teadus teisele seisukohale asunud, tõenduseks oleks Steinachi katsed loomade eksperimentaalse hermafroditiseerimisega. Steinach oletab, et üks mõlema-suguline „puberteedi nääre" (Zwitterdrüse) homoseksualiteedi põhjuseks on.

Uuemate vaadete esitajad (Schneider, Tolpel) uurivad inimeste intentsioone ja nende sihte. Ainult psüho-analüütiline vaatlemisviis võib lähtekohaks uurimistele olla. See ei ole tähtis, mida meie kuuleme, vaid mis läbi elatakse; On kahte liiki armastust: valikuta sugutungi rahuldamine ja erootiline armastus. On isikuid, kellel sugutungi rahustamine oma soo juures mitte vastik ei ole,

aga ka erootilist armastust viimase vastu nad ei tunne. On mehi, kellel naise vastu loomulikku tungi on, aga erootilist armastust naise vastu nad ei tunne.

Suguline psühopatoloogia uurib „subjektis“ ja „objektis“ peituvaid omadusi. Selles suhtes on Kölni psühiaatria kliinikul kolm vaatepunkti:

1. Kas avaldub sugutung „allavaatavas“ ehk „ülevaatavas“ sihis. Meest iseloomustab allavaatavus, naist ülevaatavus suguelus ja erootikas. (Adler).

2. Missugused sihid on vastaval objektil (mehel ehk naisel). — Siin ei tohi unustada, et mees mõnikord oma saamatuse läbi „teeniva“ osaga leppima peab ja energiline naine „käskida“ võib.

3. Missugune on objekti keha kõigis oma avaldusis.

Nende vaadete kombinatsioonidest saame tüübid, mille hulgas loomulikuna esineb mees meheliste kalduvustega, kes naisest naiseliku keha ja kalduvustega suguliselt äritatud saab; teiselt poolt, homoseksuaalse tüübina, mees meheliste kalduvustega, ehk mees naiseliku kalduvusega, kelle intentsioonid naise poole mehelise keha ja kalduvustega juhitud on. Siin näeme, et ka loomulik abielu konträärseksuaalseid tundemärke sisaldada võib. Mees on pseudo-homoseksuaalne: vangis, merel j. n. e., kus naisterahvast ei ole, pöörab ta harilikult homoseksuaalse suguelu juurde tagasi. Pseudo-homoseksuaalset i aistüüpi silmas pidades, peame vahet tegema naise vahel, kes teises naises „meest“ ehk teises naises „naist“ otsivad (feminäär ja viriläär vormid). Kartus suguhaiguste ja sigitamise tägajärgede eest sunnib tütarlast varjulolevaid erootilisi tundmusi teise naise pääle juhtima. Sellest räägib Freud, tema on arvamisel, et laps „polümorf-pervers“ on; lapse suguelu avaldub kiikumises hällis, imemises j. n. e. Pärast koondab ta omi kalduvusi ja leiab õige tee sugutungi rahuldamiseks. Tähtist osa etendab „sublimeerimine“, algupärane sugueluenergia kulutamine kõrgemate sotsiaal-sihtide jaoks ja partiaaltungide koondamine, et loomulikku sugutungi kätte saada. Ei lähe osaliste tungide koondamine mitte täide, siis on meil loomuvastase sugutungiga tegemist. Kui liiga palju partiaaltunge eemale tõrjutakse, siis ka nendega kaasaskäivad jõud kõrvaldatakse ja suguline äritus ei leia siis enam loomulikul teel oma täitmist. Selle konflikti tagajärjed on Freudi järgi hüsteerilised hood ja neuroosid. Näitus:

Haige Liisa N. Kliinikus 17. V. 18., ema sõnade järgi tüdrukuna peigmehest lapsega maha jäetud. Juuli kuul avaldas haige põetaja Almale armastust, tükkis temaga ühte voodi magama. Augustil armastas ta Emiliet,— jooksis vahepääl kliinikust ära, tuli aga ema saatel meesterahva riietes ja pügatud juukstega tagasi, Emiliega pulmi tegema. 24. X. 18. katsus haige E. vägistada. Haige armastas järgimööda kõiki naispõetajaid, praegu aga kliiniku õde, kellega abielusse astuda soovib. Haigel lilleleht rinnas, peigmeespoisi tundemärk, nagu ta ise ütleb.

Siin on meil täielise seksuaalse inversiooni tüübiga tegemist. Mees ei olnud temale mitte vastik, peigmees jättis teda lapsega maha ja haige muutis ema sõnade järgi oma iseloomu: ei teinud enam tööd, hulkus ümber ja avaldas pervers kalduvusi, mis ehk varem peidus olnud.

Arvatavasti on haige psühopaatilise konstitutsiooniga, juurde tuli midagi defineerimatut ja viis teda loomulikust sugutungist kõrvale. Kas on Liisa N. sündimisest saadik homoseksuaalne? Meie eitame seda ja ei ühine mitte

täiesti bioloogide arvamisega. Homoseksualiteet ei ole mitte ainult sündimisest saadik olev konstitutsionaal-anomaalia, ta võib ka pärast omandatud saada.

*

15) A. Audova, Tartust. **Lihaste atrofeerumisest tegevusetuse tagajärjel.** (Sur l'atrophie des muscles en suite de l'inaction.)

Atroofia põhjusteks peetakse mitmesuguseid asjaolusid.

Suuri raskusi on valmistanud ja valmistab praegugi veel atroofianähtuste seletus, mis erkude vigastusele järgnevad. Valitsevas seisukorras on teooria, mis oletab, et ergukava avaldab lihaste pääle iseäralist troofilist mõju, mis ei olene tegevusest. See teooria ei ole aga siiski üldiselt tunnustatud. Roux, Ricker, Grund, Jamin, Weigert j. t. eitavad ergukava troofilist mõju, põhjendades omi vaateid eksperimentaalsete saavutustega, millest järgnes, et atroofia neurotoomia ja tenotoomia korral mitmes suhtes (atroofia kiirus, keemilised ja histoloogilised muutused) analoogiliselt toimub.

Atroofia-küsimuse selgitamiseks panin ma prof. A. Lipschütz'i ettepanekul kodujäneste pääl rea katseid toime. Katsete resultaadid on antud allolevas tabelis:

Lihase kuivolluse kaotus %.

Katse kestus päevades	Neurotoomia	Katsete arv	Tenotoomia	Katsete arv
6	— 9,9	6	— 7,8	6
14	—30,6	10	—27,7	16
28	—46,3	5	—45,8	5
56	—57,1	4	—52,3	4
84	—53,5	3	—52,0	5
123	—66,0	3	56,3	3

Antud arvudest selgub, et atroofia neurotoomia ja tenotoomia korral pea täiesti ühesuguse kiirusega ilmsile tuleb. Neurotoomia korral toimub atroofia ainult väga vähe kiiremini. Võiks siiski arvata, et kiirem atrofeerumine on tingitud ergukava troofilise mõju kadumisest. Kuid lihtsam on oletus, et kiirem atroofia on tingitud neurotoomia korral täielikumast inaktiviteedist. Tenotomeeritud lihas võib veel kokku tõmbuda; tal puudub ainult koormatus. Tenotomeeritud lihase atrofeerumise põhjuseks peetakse aga inaktiviteeti, tegevusetust. Et tenotoomia korral tõesti ainult inaktiviteeti atroofia esilekutsumises süüdistada tuleb, see selgub kõige paremini sõjaajal tarvitusele võetud Vanghetti-Sauerbruch'i ja Schmidt-Krukenberg'i amputatsiooniviiside tagajärgedest. Pärast operatsiooni lastakse haigel amputeeritud jäsemeotsa lihaseid liigutada, korraldatakse päris süstemaatilisi harjutusi. Ja neil tingimustel ei atrofeeru lihased, vaid nad jäävad päris töövõimelisteks. Tegevusetus jäsemeotsas atrofeeruvad aga lihased teatavasti kiiresti.

Antud nähtus on kindlaks tõenduseks, et sel korral ei ole atroofia põhjuseks ei operatsiooni äritus, ei muutunud verevarustus, põletik, muutunud ergustus (refleksatroofia mõttes) ega teised asjaolud, vaid nimelt inaktiviteet. Paljas ühendus ergukavaga ilma tegevuseta aga ei hoia atroofiat eemale.

Et aga neurotoomia korral on lihas kahtlemata täiesti inaktiveeritud, siis peab ka sel korral inaktiviteedi mõju atroofia näol avalduma.

Seepärast näib ainuke mõeldav võimalus olevat, et lihas neurotoomia korral atrofeerub inaktiviteedi tagajärjel.

Peale atroofia käigu kiiruse räägivad tehtud järelduse kasuks veel keemilised muutused atrofeerunud lihastes. Atrofeerunud lihased sisaldavad niihästi tenotoomia kui ka neurotoomia korral rohkem vett, kui normaalsed võrdluslihased; esimese kuu lõpul keskmiselt 2,4 % võrra. Kolme kuni nelja kuu pärast on lihaste veesisaldus muutlik.

Atrofeerunud lihased sisaldavad rohkem vees lahunduvaid olluseid (2 kuni 3 % võrra). Atrofeerunud lihastes sisaldub rohkem rasva. Juba 4 nädalat pärast neurotoomiat ja tenotoomiat on atrofeerunud lihastes 2 ja 3 korda rohkem rasva, kui normaalseis võrdluslihastes. Neljanda kuu lõpuks on rasvasisaldus kuivolluses pärast tenotoomiat keskmiselt 14,8 %-ni, pärast neurotoomiat 28,4 %-ni tõusnud (normaalseis harilikult alla 3 %). Üldse sisaldavad neurotomeeritud lihased rohkem rasva kui tenotomeeritud. Kuid kummalgi korral läheb rasvastumine analoogiliselt, alaliselt tõustes. On olemas ainult kvantitatiivne vahe, mitte kvalitatiivne.

Keemiliste muutuste sarnasus näib ka selgesti tõestavat, et kumbki atroofiavorm on tingitud ühisest põhjusest.

Kidumisreaktsioon (Eak), mis neurotoomiale järgneb, ei ole ühenduses atroofiaga. Atrofeerub ju lihas samasuguse kiirusega ilma kidumis-reaktsioonita.

Väite vastu, et atroofia neurotoomia korral tingitud inaktiviteedist, näivad rääkivat Langley, Hartmann ja Blatz'i katsed, mis näitasid, et neurotomeeritud lihase elektrivooluga tegevusse äritus ei takista atroofia tekkimist. Peab aga tunnistama, et need katsed küllalt tõestavad ei ole: neurotomeeritud lihaseid äritati ööpäeva jooksul ainult üks kord ja selgi korral lühikest aega (10 minutit). Päälegi ei vasta elektri äritusest tingitud lihase tegevus normaalsele aktiviteedile.

Langley arvab, et neurotomeeritud lihas atrofeerub liig suure tegevuse tagajärjel, mis tingitud fibrillatsioonist. Langley leidis, et neurotomeeritud lihas tarvitab rohkem hapnikku, kui normaalne võrdluslihas. Ka verevool on neurotomeeritud lihases kiirem. Need andmed on Langley vaate aluseks.

Fibrillatsiooni korral ei või lihase töö suur olla. Suurem hapniku tarvitus võib olla tingitud lihase laguainete oksüdeerumisest, mis tõusnud dissimilatsioonil tekivad. Päälegi on teada juhused, millal lihas fibrillaarselt kokku tõmbub (Tabes), kuid puudub atroofia.

Jääb arvata, et atroofia on niihästi tenotoomia kui ka neurotoomia korral tingitud inaktiviteedist.

Inaktiviteet iseenesest on kompleksne faktor. Tegevusetuse korral ei allu lihas perioodilisele tõmbusele, ta olluste- ja energiavahetus on muutunud. Ka verevarustus toimub teisiti.

*

16) Dr. med. B. Ottow, Dorpat: **Über die Bedeutung der innersekretorischen Funktion des Eierstocks für den menstruellen Phasenwechsel des Endometriums.**

Testes muliebres nannten die Alten die weiblichen Keimdrüsen, sie glaubten dieselben sonderten gleich den Hoden eine Samenflüssigkeit ab (aristotelische Zweisamentheorie). Der Holländer de Graaf vermutete 1672 im Inhalt des Follikels das Ei. Aber erst Karl Ernst von Baer blieb es vorbehalten, das tierische und menschliche Ei 1827 zu entdecken. Die bald aufkommende Zellenlehre klärte das morphologische Wesen und die Tätigkeit der Eizelle. Mit dem Beginn der Lehre von der inneren Sekretion (Brown-Sequard) ändern sich die Auffassungen der Ovarialtätigkeit. Es werden diesem Organ noch andere Funktionen zugesprochen, die nicht direkt mit der Fortpflanzung zusammenhängen, wohl aber dieselbe auf somatischem Gebiet vorbereiten. Diese innersekretorischen Funktionen gestalten sich auch im Lauf der phylogenetischen Entwicklung des Wirbeltierstammes wesentlich aus. Ist anfangs die Ovarialtätigkeit bei niederen Vertebraten auf Massenproduktion eingestellt in der gleichen Weise wie beim männlichen Geschlecht, so tritt später die Massenproduktion zu gunsten beschränkter Fortpflanzung zurück. Das Ovarium produziert im Laufe der Geschlechtsperioden nur noch wenige Eier. Um diese ihrer Bestimmung zuzuführen, werden an den weiblichen Körper neue Anforderungen gestellt, die sich im allgemeinen unter der Bezeichnung einer Brutpflege zusammenfassen lassen. Diese Brutpflege wird durch innersekretorische Funktionen eingeleitet und beherrscht. Es sind das die Veränderungen und Ausgestaltungen am weiblichen Körper im allgemeinen und an den Geschlechtsorganen im speziellen, die die Aufgabe haben, die Fortpflanzung sicherzustellen. Die Erkenntnis dieser innersekretorischen Funktionen, die vielfach, jedoch nicht restlos, dem Ovarium innewohnen, ist ein Ergebnis der Forschungen letzter Zeit.

Es sollen hier nur die Ovarialfunktionen besprochen werden, die nach der Pubertätsentwicklung einen direkten Einfluss auf den Uterus, seinen morphologischen Aufbau und seine Funktionen ausüben, und damit zu den Erscheinungen der prägraviden Schleimhautveränderungen des Uterus und der Implantation des Eies führen.

Es ist seit langem bekannt, dass der Aufbau des Endometriums wechselnde Bilder zeigt. Die Forschungen von Hitschmann und Adler haben ergeben, dass die Schleimhaut der Gebärmutter einem ausgesprochenen Phasenwechsel unterworfen ist, der in der Menstruation einen nach aussen erkennbaren Ausdruck erlangt. Ist die Schleimhaut gleich nach der Periode meistenteils nur in ihren basalen Schichten erhalten, so geht jetzt von diesen eine Regeneration aus, die zu einem langsamen Neuaufbau führt. Die Drüsenschläuche nehmen an Länge und Breite zu, die Schleimsekretion wird rege und auch das Bindegewebe des Endometriums vermehrt sich deutlich. Diese Hypertrophie nimmt zu, bis sie das praemenstruelle Stadium erreicht hat. Jetzt tritt ein plötzlicher Abbau der Schleimhaut in Erscheinung, der durch eine Desquamation derselben und eine Blutung charakterisiert (Menstruation). Dass dieser Phasenwechsel ein Ausdruck der Ovarialtätigkeit ist und als Folge der Funktion des Corpus luteum gedeutet werden muss, wurde erkannt, nachdem durch Born und Fraenckel diese Eierstockdrüse einer eingehenden morphologischen wie physiologischen Untersuchung unterworfen wurde. Es hat sich ergeben, dass auch im Eierstock das Heranreifen der Follikel, ihr Bersten und das Ausreifen des gelben Körpers in strenger Gesetzmässigkeit vor sich geht. Der Graaf'sche Follikel bildet sich heran, füllt sich fortschreitend

mit Liquor und platzt, nachdem die Eizelle ihre Reife erreicht hat. Jetzt bildet sich aus der Granulosaschicht des geborstenen Follikels, somit als epitheliale Bildung, der gelbe Körper. Er strebt schnell einem Blütestadium zu, um nachdem er dieses erreicht hat, langsam einer Rückbildung anheimzufallen. Erlischt der gelbe Körper, so regt sich schon an anderer Stelle wiederum das Follikelwachstum und das Spiel beginnt von neuem. Dieses geht so lange, bis durch eintretende Schwangerschaft die eben genannten Erscheinungen zum Stillstand gelangen.

Vergleichende Untersuchungen, die gleichzeitig sowohl an dem Eierstock als an der Gebärmutter ausgeführt wurden, haben ergeben, dass der Phasenwechsel, der in eben geschilderter Weise sich in beiden Organen bemerkbar macht, in ursächlichem Zusammenhang stehen. Hierbei ist das Ovarium die treibende Kraft und das Endometrium das Erfolgsorgan, an dem sich die Tätigkeit des ersteren ausweist. Der Follikelapparat, wie das Corpus luteum sind mit innersekretorischen Funktionen ausgestattet und diese sind es, die die mensuellen Veränderungen an der Gebärmutter bedingen. Erst der Follikel, dann in viel ausgesprochenerem Masse der gelbe Körper treiben die Schleimhaut in das Stadium prämenstrueller Hypertrophie hinein, die solange anhält, wie die innersekretorische Funktion des gelben Körpers wirksam ist. Hört diese auf, so kann sich auch die Schleimhaut in ihrer extremen Ausgestaltung nicht mehr erhalten und es kommt zu jener Desquamation und Blutung, die als Menstruation bezeichnet wird. In diesem Zusammenhang darf die monatliche Blutung nicht mehr als Selbstzweck gedeutet werden, sondern die Auffassung derselben sollte dahin gehn, dass sie eine mehr oder weniger unzweckmässige Erscheinung ist, die durch die ausbleibende Befruchtung bedingt wird. Tritt eine solche ein, so geht die prämenstruelle Schleimhauthypertrophie ununterbrochen in die Veränderungen über, die durch die Gravidität bedingt werden. Man hat daher mit Recht die Menstruation als den Abort eines unbefruchteten Eies bezeichnet. Dieser Vorgang gewinnt somit für die klinische Beurteilung der weiblichen Genitalfunktionen eine überragende Bedeutung. Wusste man früher die Menstruation in ätiologischer Hinsicht nicht einwandfrei zu deuten, so ist die heutige Erkenntnis, die die Periode in Zusammenhang mit innersekretorischen Ovarialfunktionen bringt, von hoher Bedeutung. Durch diesen Zusammenhang gewinnen auch jene Erscheinungen, die man als Genitalblutungen von menorrhagischem und metrorrhagischem Charakter bezeichnet, ebenso wie die Amenorrhoe, eine wesentlich sicherere Deutung. Ruht die Ovarialtätigkeit völlig, kommt es nicht zur Follikelreifung und dementsprechend zur Ausbildung eines Corpus luteum, so fällt der Phasenwechsel im Endometrium fort. Dieser Zustand beherrscht das jugendliche Alter, ebenso wie die postklimakterischen Jahre des Weibes und bedingt zu diesen Zeiten die Amenorrhoe. Doch auch kann das Fehlen der Periode während der Menarche durch diese oder ähnliche Vorgänge im Eierstock bedingt werden. Vor allem ist hier jener Zustand zu nennen, der trotz Ausstossung eines befruchtungsfähigen Eies nicht zur Bildung eines vollwertigen Corpus luteum führt, daher auch die Uterusschleimhaut nicht bis ins prämenstruelle nnd menstruelle Stadium entwickelt. Der Phasenwechsel des Endometriums wird daher ein weniger ausgeprägter sein und unter Umständen einen menstruellen Abbau nicht erzielen. Es sind das jene Fälle, in denen neben Follikeltätigkeit Amenorrhoe besteht, sie sind

durch die Möglichkeit des Eintrittes einer Schwangerschaft bei fehlender Periode charakterisiert. Andrerseits können aber auch die gleichen amenorrhoischen Zustände im Gegensatz zu der bisher erwähnten verminderten Tätigkeit der innersekretorischen Drüsen des Eierstockes, auch durch eine vermehrte Tätigkeit derselben, eine Hyperfunktion, bedingt werden. Hierher gehören allem Anschein nach jene interessanten Fälle, wo durch mächtige Entwicklung des gelben Körpers, meist in zystischer Ausgestaltung, die Uterusschleimhaut in ein prägravides Stadium hinaufgeführt und festgehalten wird, ohne dass ein menstrueller Abbau erfolgen kann. Nimmt die Menstruation ständig einen anderen Charakter an, wird ihr Interwall etwa auf 2 oder 3 Wochen herabgesetzt, so kann dieser Erscheinung wiederum eine entsprechende Änderung in der Follikelberstung und Bildung des gelben Körpers zugrunde liegen. Auch Metrorrhagien dürften vielfach ovariellen Ursprungs sein.

Wir sehen somit, dass die innersekretorischen Funktionen des Eierstocks, die an das periodische Auftreten des Corpus luteum gebunden sind, nicht selten eine ätiologische Deutung uteriner Blutungen zulassen. Hierbei ist jedoch im Auge zu behalten, dass auf solche Blutungen auch Veränderungen in der Gebärmutter selbst, an den Adnexen und in den Parametrien wesentlichen Einfluss gewinnen können. Nur in gewissen unkomplizierten Fällen werden sich daher Änderungen in den innersekretorischen Ovarialfunktionen, unbeeinflusst durch Nebenumstände, an der Blutungskurve des Uterus ablesen lassen.

Läbirääkimised. Discussion.

Ucke fragt, ob die besondere Entwickelung des Corpus luteum bei der Schwangerschaft nicht auf eine grössere Anforderung von innerem Sekret an das Corpus luteum von Seiten des Eies oder des schwangeren Uterus als eine Art funktioneller Hypertrophie aufzufassen ist?

Ottow: Der Übergang des Corpus luteum, wie es sich bei jeder Menstruation zeigt, in das histologisch gut gekennzeichnete Corpus luteum graviditatis kann wohl in gewissem Sinne als funktionelle Hypertrophie aufgefasst werden, indem eben die Funktion des Corpus luteum unter der inkretorischen Einwirkung der foetalen Zellen (Chorionephithelien, Plazenta) in ein Stadium höherer Arbeitsleistung hinaufgeführt wird. Die Abhängigkeit zwischen Corpus luteum graviditatis und der Frucht als Ganzes genommen, wird experimentell festgestellt durch die Erfolge der Ausschaltung einerseits der Frucht, andererseits des Eierstocks und die dabei sich dartuenden Wechselwirkungen.

*

17) Dr. A. Buck: **Сомнамбулистическия состояния.** (La somnabulisme). В настоящее время сомнамбулистическия явления более доступны нашему пониманию на основании аналогии с некоторыми лучше известными психопатическими явлениями, (истерическия состояния, некоторыя эквиваленты эпилепсии). Представляют себе, что сновидения происходят от полубодрствования мозга; таким образом они могут и вызвать более или менее живую деятельность психомоторной области мозговой коры в случае движения, намеренныя во время сновидений, производятся в действительности, без задержки и контроля со стороны представлений, доступных во время полнаго сознания.

В этих случаях рулевая роль для сохранения координации движений, принадлежит мышечному чувству, которое, нужно думать, чрезвычайно развито. В конечном результате нам представляется картина сложнаго, более или менее целесообразнаго мозгового автоматизма.

Привожу ниже нѣск. случаев, мною наблюдаемых.

В 1918 году, в одном курорте на Черноморском побережьи Кавказа, я пользовал семью одного чиновника, у котораго две старшия дочери 10-ти и 11-ти лет представляли следующия особенности: посреди ночи, после нескольких часов нормальнаго сна, они встают с постели и начинают быстро ходить по комнатам, при этом иногда ударяются головою о стенку или закрытую дверь. Через некоторое время они вновь ложатся, бывали случаи, что на следующее утро их находили спящими где-нибудь вне своей постели, причем воспоминания о том, что с ними произошло ночью, совершенно у них отсутствовали. Сомнамбулизм в детском возрастѣ некоторые авторы считают физиологическим, другие (Kraepelin. Ziehen) видят в нем зачатки будущей истерии или эпилепсии. В данном случаѣ вся семья была в общем здоровая и дети со стороны нервно-психической сферы никаких особенностей не представляли. Возбуждающим агентомъ являлась, может быть, некоторая раздражительная слабость нервной системы, вызванная той хаотической атмосферой, господствовавшей временами на Кавказе.

Следующий случай сомнамбулизма относится к области истерических реакций. Больной поступил 4 апр. 1916 г. в психиатрическое отделение Хабаровскаго местнаго лазарета. За время пребывания в моем отделении он почти каждую ночь приблизительно между 10-ю и часом в безсознательном состоянии вставал с постели и начинал неторопливым шагом с закрытыми глазами ходить по палате и коридору, при встрече на пути препятствий останавливаясь и осторожно обходя их; совершал ряд сложных действий: делал свою обычную дневную работу по уборке отделения, подметал пол, переставлял мебель и т. д. Состояние транса обыкновенно продолжалось от нескольких минут до часу, потом больной засыпал глубоким нормальным сном и, проснувшись, ничего не помнил о случившемся. Со стороны нервной системы в это время наблюдалось: Зрачки сильно расширены, вяло реагируют на свет; резкое повышение сухожильных и кожных рефлексов; полное отсутствие болевой чувствительности. При попытках разбудить больного (уколы булавкой, похлопывание, обрызгивание холодной водой) больной продолжал спать и ничем абсолютно не реагировал на эти внешния раздражения.

В следующем случае сомнамбулистическия явления происходили на почве травматической истеро-эпилепсии. Последние два года, я имел возможность наблюдать в Владикавказе офицера-механика, летчика, 25 лет, у котораго после двух воздушных контузий и ранения головы в 1919 году появились частые судорожные припадки с потерей сознания, заключающиеся длительной фазой сумеречнаго транса, во время которой больной безсознательно при полном отсутствии болевой чувствительности, с закрытыми глазами, методически и координировано, совершал ряд определенных, целесообразных, подчас весьма сложных действий, разбирал и вновь складывал оставленную на столике около кровати электрическую машину, делал разныя

брошки из проволоки, представлял встречи и сцены с знакомыми и повторял долгие разговоры с ними, отчасти интимнаго характера, волновался, смеялся, читал отрывки из стихотворений и прозаических произведений; чаще всего, махая руками, делал летательныя движения, принимал позы, как будто он управляет аэропланом, все это сопровождая соответственно жестами, игрою мимики и восклицаниями. На болевыя раздражения (уколы булавкой) больной не реагировал, но при сильном стуке внезапно прекращал разговор и работу и вновь впадал в судорожное состояние. Наблюдался также случай снохождения с закрытыми глазами. По пробуждении воспоминания о происшедшем у больного утрачены.

Со стороны status'a praesens отмечались, вдавление кости в затылочной области черепа, глоточный рефлекс отсутствует, брюшной рефлекс сохранен, справа гипералгезия тела, повышение коленнаго рефлекса и стопный клонус, слева полное отсутствие болевой чувствительности, заикание, частыя подергивания лицевых и шейных мышц, с. Romberg'a. Со стороны психической сферы гневныя аффективныя состояния, непродолжительныя периодическия перемены настроения, раздражительность, наклонность к импульсивным действиям, дефекты памяти.

В данном случае истерическия и эпилептическия симптомы и фазы настолько перемешаны, что их трудно разграничить; со стороны нервной системы преобладали признаки истерии, а со стороны характера обнаруживались как ненормальныя типическия свойства эпилепсии, так и признаки истерической психопатической конституции; далее у больного наблюдались иногда более легкие припадки истерическаго характера, но нередко бывали и тяжелые припадки тонических и клонических судорог типической эпилепсии с отсутствием световой реакции расширенных зрачков, кровавой пеной у рта, начальным криком и т. д.

Акад. В. М. Бехтерев в сомнабулизме видит своеобразное изменение, при котором личное сознание угасает в большей или меньшей степени, замѣняясь сознанием общим. Такое видоизменение сознания французы называют вторым „я“. При автоматизме или патологическом сомнамбулизме личность заменяется другим „я“, но отчего такой переход происходит в каждом отдельном случае, вопрос этот остается еще открытым.

Следует думать, что в недалеком будущем, благодаря точному изучению фактов, сомнамбулизм во всех своих видах и проявлениях потеряет для всех, как и гипнотизм в настоящее время, средневековый и мистический характер.

Läbirääkimistel tähendas Puusepp: Сомнамбулистическия состояния нам известны при истерии и их нельзя никоим образом делать вывода о чем-то таинственном, сверхестественным. В других областях, как уже доказал автор, напр. гипнотизм, частныя ненаучныя наблюдения шли впереди научных и поэтому надо подходить к ним не с отрицанием, а с критикой.

*

18) **Demonstratsioonid:** a) Dr. phil. Karl Wagner: Mikroskopische Hodenpräparate von

1) einem eunuchoiden Kaninchen mit vollkommener Spermatogenese und unterentwickelten Zwischenzellen;

2) einem normal entwickelten Kaninchen mit unvollkommener Spermatogenese und gut ausgebildeten Zwischenzellen;

3) einem eunuchoiden Kaninchen mit unvollkommener Spermatogenese und augenscheinlich abnormen Zwischenzellen;

4) einem eunuchoiden Kaninchen mit unvollkommener Spermatogenese und unterentwickelten Zwischenzellen.

Es ergiebt aus alledem, dass die Zwischenzellen einen notwendigen Bestandteil des innersekretorischen Apparates im Testickel der Säugetiere darstellen.

Die Untersuchungen wurden im Physiologischen Institut der Universität Dorpat ausgeführt.

b) F. v. Bormann: Die Abhängigkeit der Entwicklung der äusseren Genitalien des Meerschweinchens und Kaninchens vom Alter des kastrierten Tieres.

Das Verhalten des Penis bei der Kastration ist für alle Untersuchungen über die innersekretorische Tätigkeit der Geschlechtsdrüsen der Tiere, als der einzige sichere Indikator der letzteren, von grosser Bedeutung. Wir haben aus diesem Grunde das Verhalten des Penis und seiner Anhänge nach praepuberaler und postpuberaler Kastration beim Meerschweinchen und Kaninchen verfolgt, unter besonderer Beachtung der Leitmerkmale:

1. Seine allgemeine Grösse. Beim gesunden Tier wächst der Penis diskordant, d. h. mit der Vergrösserung des gesamten Organismus unproportional.

2. Processus supraurethralis und Glans penis mit dem Blindsack. Der erste ist ein distaler giebeldachförmiger Auswuchs der Corpora cavernosa penis. Die Glans wird von dem distalen Ende des Corp. cav. urethrae gebildet. Im Ruhezustande ist der grösste Teil der Glansoberfläche nach innen eingestülpt und bildet den s. g. Blindsack. Der letzte wird bei der Erektion vorgestülpt.

Folgt Demonstration einer Reihe von Zeichnungen, nebst erläuternden Bemerkungen.

Kell 1.05 min. l., pääle selle kui päevakord tervelt läbi võetud, lõpetas aujuhataja prof. T. Laitinen koosoleku, tänades kõnelejaid huvitavate ettekannete eest.

Äratrükk „Eesti Arst'ist" № 3, 1922.

K. Mattiesen'i trükk, Tartus.

III Sektsioon: Võitlus suguhaiguste vastu. — III Section: La lutte contre les maladies vénériennes.

Koosolek 2. detsembril 1921 k. 9¼ e. l. mineraloogia kabineti auditooriumis.

Koosoleku avas sektsiooni juhataja prof. Dr. Paldrock, tervitades kokkutulnud ametvendi ja võõraid. Aujuhatusesse valiti Dr. med. Bonde Grönroos, Helsingist ja Dr. A. Spindler, Tallinnast. Kanti ette järgmised 7 eeskava-kõnet:

20) Dr. med. Bonde Grönroos: **Über die Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Helsingfors.**

Die ältesten Mitteilungen über das Vorkommen von Geschlechtskrankheiten in Finnland stammen aus der Mitte des 16. Jahrhunderts. Anfang des 17-ten war namentlich die Syphilis bei uns schon sehr verbreitet. Diese Krankheiten dürften hauptsächlich durch Seeleute und aus dem Kriege zurückgekehrte Soldaten nach Finnland verschleppt und dann durch Landstreicher im ganzen Lande verbreitet worden sein. Man begnügte sich damals mit der Untersuchung solcher Landstreicher und verdächtiger Personen, die gezwungen waren, sich bei Anforderung ein Gesundheitszeugnis zu verschaffen.

Die ersten venerischen Abteilungen wurden an den allgemeinen Staatskliniken in Helsingfors 1756, in Åbo 1759 eingerichtet. Schon damals umfasste

man das noch eben in Kraft bestehende Prinzip, dass die Geschlechtskrankheiten in Krankenhäusern auf Kosten des Staates behandelt werden müssten.

In demselben Masse, wie die Einwohnerzahl der Städte wuchs, stieg auch die Anzahl der Prostituierten; deshalb begann man ihnen, als den hauptsächlichsten Verbreitern der Krankheiten, eine grössere Aufmerksamkeit zu widmen. Ein kaiserlicher Erlass vom Jahre 1811 verpflichtete die Magistrate dafür Sorge zu tragen, dass „ein weniger ehrbares Leben führende Frauen halbjährlich ein Gesundheitszeugnis anzuschaffen hätten und bei Bedarf besichtigt werden müssten". Im Jahre 1847 wurde die Verfügung herausgegeben, alle Prostituierte in Helsingfors regelmässig zu besichtigen; dies geschah anfangs zweimal monatlich, seit 1859 einmal wöchentlich. Ähnliche Besichtigungen fanden später auch in den übrigen grösseren Städten des Landes statt. Es entstanden Bordelle in einigen grösseren Städten; als aber ihre Inhaberinnen i. J. 1884 wegen Kuppelei verurteilt wurden, hörte jener Betrieb auf und es wurde die Verordnung erlassen, dass nicht mehr als zwei Prostituierte zusammen wohnen durften.

Im J. 1894 erschien eine neue, noch jetzt in der Hauptsache gültige Verordnung, in welcher das Prinzip der regelmässigen präventiven Besichtigungen die Grundlage bildet.

Der grösste Teil der Vorschriften jenes Gesetzes ist indessen nie verwirklicht worden, ausser diejenigen, die sich auf die Massnahmen der Polizei beziehen. Die Funktion der übrigen Behörden ist von geringer Bedeutung gewesen.

Im selben Jahre (1894) wurde auch die Einrichtung von Besichtigungsbüros für die venerischen Krankheiten in Helsingfors, Åbo, Tammerfors und Wiborg bestimmt.

Bis zum Jahre 1907 war in diesen polizeilichen Besichtigungsstellen die sanitäre Kontrolle den dem Gesundheitsamt unterstellten Ärzten anvertraut, dann aber wurde durch einen Senatserlass jegliche Reglementierung aufgehoben und die Vorschrift „für das Sanitätsbüro zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Helsingfors" bestätigt.

Hiermit wurden die Massregeln zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten ganz und gar von den Polizeibehörden abgenommen und auf eine dem Gesundheitsamt unterstellte Institution übertragen. Ein solches Sanitätsbüro entstand in Helsingfors 1908, in den anderen grösseren Städten während der folgenden Jahre.

Wie ich schon erwähnt habe, ist es in Helsingfors seit 1884 nicht erlaubt, dass mehr als zwei Prostituierte zusammen wohnen; allmählich war es aber üblich geworden, dass sich bei ihnen „zufällig" ein oder mehrere „Gäste" aufhielten. Zudem fand in solchen Dirnenwohnungen ein ungesetzlicher Ausschank von starken Getränken statt, auf den die Polizei nun eifrig zu fahnden begann, mit dem Resultat, dass jene Unzuchtnester bald gänzlich verschwanden. Seither existiert in Helsingfors nur noch Strassenprostitution, die vom Sanitätsbüro hauptsächlich in folgender Weise überwacht wird:

Im Dienste des Büros stehen sechs Kontrolleure, die den Auftrag haben auf den Strassen, in Vergnügungslokalen usw. auf solche Personen zu achten, die beruflicher Unzucht verdächtig sind. Anfangs waren zwei der Kontrolleure

Frauen; doch zeigte es sich bald, dass dieses Amt für Frauen nicht passte, da sie oft in unangenehme Situationen gerieten.

Hat ein Kontrolleur genügend Ursache gefunden irgendeine Person, gleichviel ob Mann oder Weib, zu verdächtigen, so fordert er sie auf sich im Büro zur Besichtigung einzufinden. Weigert sich die betreffende Person, so muss sie sich verpflichten, innerhalb einer gewissen Zeit ein von einem Privatarzt ausgestelltes Attest vorzuzeigen. Hat keine Geschlechtskrankheit bei ihr nachgewiesen werden können, so braucht sie das Büro nicht weiter zu besuchen; wird sie aber einer solchen verdächtigt, obwohl Symptome zurzeit fehlen, so hat sie sich nach einer Woche wieder einzufinden. In sehr suspekten Fällen wird die betreffende Person ins Krankenhaus geschickt. Von dort entlassen, muss sie sich entweder im Sanitätsbüro oder von einem Privatarzt regelmässig untersuchen lassen, solange ein Rückfall befürchtet werden kann.

Nicht allein die Kontrolleure, sondern auch die Privatärzte, die Polikliniken und das Publikum geben dem Sanitätsbüro Nachricht von Infektionsquellen. Diese Mitteilungen werden immer sehr genau kontrolliert, ehe man zu irgendwelchen Massregeln greift.

Was die Behandlung und Kontrollierung der Syphilis betrifft, so fordert schon die rezidivierende Natur derselben eine fortgesetzte präventive Kontrolle. Diejenigen, welche nicht die Vorschriften des Arztes befolgen, werden gezwungen, sich beim Sanitätsbüro einzufinden, woselbst auch eine poliklinische Behandlung erteilt wird:

Latentluetiker erhalten hierselbst (durch 3 Jahre wöchentl). Calomelinjektionen (mit 3—5-monatl. Pausen), und zwar mit gutem Erfolg. Bevor diese ambulante Pflege zur Anwendung kam, wurden jährlich doppelt so viel Syphilisrezidive als Rezensfälle in die Krankenhäuser geschickt; jetzt ist das Verhältnis beinahe ein umgekehrtes. Es ist evident, dass die Infektionsmöglichkeiten hierdurch bedeutend abgenommen haben.

Personen mit manifesten Symptomen von Geschlechtskrankheiten werden nur ausnahmsweise poliklinisch behandelt oder der Pflege eines Privatarztes überlassen, für gewöhnlich also der Krankenhausbehandlung überwiesen.

Das Sanitätsbüro hat ausser der Krankheitspflege noch die Aufgabe mit allen Mitteln danach zu streben, die Frauen zu regelmässiger Arbeit wieder zurückzuführen und soweit möglich die Entstehung neuer Prostituierter zu verhindern. Diese Arbeit ruht hauptsächlich in den Händen der am Sanitätsbüro angestellten Oberin, welche die Prostituierten moralisch zu erziehen und sie zu bewegen sucht, sich in Schutzheime aufnehmen zu lassen. In Helsingfors gibt es zwei derartige Heime: ein von der Heilsarmee unterterhaltenes und ein privates. Den Aufenthalt in diesen Heimen bezahlt das Sanitätsbüro, resp. werden die betreffenden Frauen vom Büro mit Geldmitteln unterstützt. Es muss aber leider gesagt werden, dass diese Bestrebungen trotz aller Anstrengungen nur sehr wenig Früchte getragen haben.

Helsingfors verfügt über zwei venerische Krankenhäuser von je 120 und 135 Betten speziell für jene weiblichen Kranken, die ihnen das Sanitätsbüro zusendet.

In den Krankenhäusern wird, soweit möglich, das Prinzip befolgt, dass Frauen verschiedenen Alters und moralischen Niveaus sowie auch Anfängerinnen in verschiedenen Abteilungen untergebracht werden. Jede Abteilung hat ausserdem Unterabteilungen für Syphilitiker und Nichtsyphilitiker.

Die Krankenhäuser liegen ausserhalb der Stadt und die Patientinnen werden nützlich beschäftigt, sowohl im Freien (mit Gartenarbeit) als auch im Hause.

Wie schon erwähnt, geniessen die Patietinnen nach dem Verschwinden der Symptome eine fortgesetzte Behandlung in der Poliklinik des Sanitätsbüros.

Venerisch kranke Männer werden in die syphilodermatologische Abteilung des allgemeinen Krankenhauses, die zugleich eine Universitätsklinik ist, geschickt.

Für Unbemittelte, die sich freiwillig pflegen, hat Helsingfors zwei unentgeltliche Polikliniken. Die eine ist die syphilo-dermatologische Klinik, die andere eine gemeinsame Klinik von Stadt und Staat. In beiden werden Männer und Frauen gesondert empfangen. Haufig werden auch die Arzneien unentgeltlich erteilt.

In den übrigen Städten Finnlands gibt es für Geschlechtskranke eine heinreichende Anzahl Plätze in speziellen Abteilungen für die venerischen Krankheiten an den Krankenhäusern des Staates.

*

Der Umstand, dass bei uns hauptsächlich weibliche Prostituierte, also nur ein Teil der mit Geschlechtskrankheiten behafteten Personen der Kontrolle und Zwangsmassregeln unterworfen ist, hat hier, wie auch sonst überall in der Welt, eine starke Opposition gegen die Kontrolle in dieser Form erweckt und ihre Aufhebung gefordert. So ist denn auch bei uns die Frage von der Bekämpfung der venerischen Krankheiten in ihrem ganzen Umfang wieder aktuell. Die Regierung gab nämlich vor einigen Jahren einem von ihr niedergesetzten Ausschuss die Aufgabe zu prüfen, ob in den jetzigen Vorschriften für die Bekämpfung der venerischen Krankheiten irgendwelche Änderungen empfehlenswert wären. Der Vorschlag des Komitees, der in der allernächsten Zeit fertig vorliegen dürfte, stützt sich auf ähnliche Prinzipien wie die in Dänemark und Schweden gegenwärtig geltenden, nämlich auf eine allgemeine, diskrete Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten.

Zum Schluss teile ich mit einige Beobachtungen, welche der ehem. erste Stadtarzt von Helsingfors, nunmehr ordentlicher Professor der Hygiene an der Universität Helsingfors, Freiherr O. v. Hellens über das Auftreten der Geschlechtskrankheiten im Jahre 1917 gemacht hat. Seine Beobachtungen fussen auf den regelmässigen Wochenrapporten, die schon seit vielen Jahren von sämtlichen Kliniken, Polikliniken und Spezialisten der Stadt Helsingfors dem Sanitätsbüro eingeliefert werden. Im Jahre 1917 war nun die Tätigkeit des Sanitätsbüros während drei verschiedener Perioden wegen politischer Unruhen unterbrochen, so dass die Kontrolle nicht mit der wünschenswerten Genauigkeit durchgeführt werden konnte. Unmittelbar nach jeder Unterbrechung der regelmässigen Tätigkeit des Büros ist die Anzahl sowohl der Gonorrhoe- als auch der Ulcus molle-Fälle bei Männern bedeutend gestiegen:

Ende März 1917, unmittelbar nach dem Beginn der russischen Revolution nimmt die Zahl der gemeldeten Gonorrhoefälle bei Frauen bedeutend ab. Gleich darauf steigt die Zahl der Gonorrhoefälle bei Männern ungehener. Diese Erscheinung dürfte dadurch zu erklären sein, dass die Prostituierten zur Zeit der kurz vorher mangelhaften Kontrolle die Gelegenheit hatten, die Männer

mehr als gewöhnlich anzustecken. Dieselbe Beobachtung machen wir Anfang Juli, während des sogenannten Milizstreiks, als das Sanitätsbüro ebenfalls weniger besucht wurde. Dass die Anzahl der Gonorrhoefälle bei Frauen Ende Juli stieg, beruht wohl darauf, dass die Prostituierten nach dem Ende der Streiks wieder gezwungen waren, entweder das Sanitätsbüro oder auch Privatärzte zu besuchen, um zu vermeiden, ins Krankenhaus geschickt zu werden. Dieselbe Erscheinung finden wir zum dritten Mal im November, während des sogenannten Generalstreiks, obwohl der Unterschied jetzt nicht so prägnant ist wie früher.

Inbezug auf Syphilis haben die Unregelmässigkeiten der Kontrolle keinen so prägnanten Einfluss auf die Anzahl der Krankheitsfälle bei Männern gehabt; es konnte aber auch hier im allgemeinen eine Frequenzsteigerung konstatiert werden, und zwar machte sich diese besonders etwa 6—8 Wochen nach einer der Unterbrechungen der regelmässigen Kontrolle bemerkbar. Auf Grund seiner Beobachtungen glaubt v. Hellens — wie ich finde, mit Recht — aussagen zu können, dass die präventive Kontrolle, wie sie in Helsingfors angeordnet ist, die Verbreitung der venerischen Krankheiten in nicht unbeträchtlichem Masse zu beschränken hilft. — Hiermit hat weder v. Hellens noch ich sagen wollen, dass das System, das in Helsingfors bei der Bekämpfung der venerischen Krankheiten befolgt wird, nicht der Verbesserungen und Änderungen bedürftig sei.

Läbirääkimised. Diskussion.

Terrepson: Dass die Prostituierten sich in Asylen nicht zu einer geordneten Lebensführung bekehren lassen, was auch in Helsingfors beobachtet, lässt sich darauf zurückführen, dass sie nach Tarkowsky u. Ströhmberg Degenerierte darstellen, die trotz aller Erziehung ihre psychischen Eigenschaften nicht verlieren und infolgedessen wieder in die Prostitution zurück verfallen.

Grönroos: Misstände bei der präventiven Kontrolle kommen zuweilen vor; man kontrolliert aber immer mit grosser Vorsicht die Ansteckungsmeldungen, ehe man zu irgendwelchen Massregeln greift. Die Konfrontation der Infizierten kommt bei uns überhaupt nicht vor.

Auch werden die Prostituierten nicht photographiert.

*

21) Dr. A. Spindler: **Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten in Estland.** Als Material für diese Statistik verfügen wir zunächst über die jährlichen Rechenschaftsberichte der Ärzte. Vollständig ist dieses Material nur für das Jahr 1920, für 1918 und 1919 fehlen für einzelne Städte und Kreise die Angaben, was wohl aus den Verhältnissen der Kriegszeit zu erklären ist.

Aus der russischen Zeit, bis 1918, habe ich im Reichsarchiv die Angaben für die Städte und Kreise Alt-Estlands pro 1915 und ausserdem summarische Daten für ganz Alt-Estland pro 1913—1915 gefunden.

Für Reval habe ich mir anlässlich einer früheren Arbeit Notizen gemacht über die Zahl der Geschlechtskranken von 1898 an. Hierselbst haben wir ausserdem vom 1 Jan. 1920 an die ausführlichen Meldekarten der Ärzte. Deren Zahl ist aber nur etwa halb so gross, wie die der in den ärztlichen Jahresberichten gemeldeten Kranken, somit werden sie wohl nicht von allen Ärzten eingesandt worden sein.

1) Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten absolut u. im Verhältnis zur Einwohnerzahl.

Hierzu geben die Jahresberichte nur ein sehr lückenhaftes und z. T. fraglos fehlerhaftes Bild, denn die Kranken werden darin an den Orten registriert, wo sie sich zur Behandlung melden, aber nicht wo sie infiziert worden sind. Das Leztere können wir nur in den Meldekarten finden, die aber fürs Jahr 1920 nur für Reval vorliegen. Hier sind von allen im Jahr Gemeldeten nur 78% auch in Reval infiziert worden. Aehnliche Verhältnisse mögen in den anderen Städten vorliegen. Um ein wirklich richtiges Bild der Verbreitung der Krankheiten zu haben, muss man also aus dem ganzen Lande Meldekarten haben und jeden Kranken für den Ort registrieren, wo er infiziert worden ist. Immerhin glaube ich, dass das Bild von der Verbreitung der vener. Krankheiten, das wir uns nach dem ärztlichen Jahresbericht machen können, im allgemeinen nicht geradezu falsch ist. Danach haben wir relativ am häufigsten Erkrankungen an allen 3 Geschlechtskrankheiten in Dorpat (1920 auf 49.236 Einw. 1464 F. von Lues, 50 F. Tabes u. Paralyse, 342 F. Ulcus molle u. 1530 F. Gonorrhoe).

2) Häufigkeit der einzelnen Krankheiten im Verhältnis zur Einwohnerzahl der Städte.

Im Allgemeinen sehen wir auch hier die Erscheinung bestätigt, dass je grösser eine Stadt ist, um so häufiger die vener. Krankheiten, nicht nur absolut sondern auch pro hundert der Einwohner. Aber wir finden interessante Ausnahmen: nicht Reval mit seinen 108000 Einwohnern steht an erster Stelle bei allen drei gen. Krankheiten, sondern Dorpat: 3,07% Lues, 0,69% Ulcus molle, 3,1% Gonorrhoe; darauf folgt Reval mit 1,81% Lues, 0,22% Ulcus molle (Walk u. Kreis haben 0,23%) u. 2,37% Gonorrhoe.

Bei Lues steht an dritter Stelle nicht Narva oder Pernau, sondern das kleine Weissenstein (nicht weniger als 34 Primär-affekte im J. 1920); weiter folgt, entsprechend der Einwohnerzahl Narva, dann Wesenberg, was sich wohl aus dem regen Verkehr daselbst erklärt.

Bei Ulcus molle steht Reval erst an dritter Stelle (Walk an zweiter); Wesenberg, Pernau und Werro haben pro Hundert der Einwohner fast soviel wie Reval. Fellin steht trotz seiner 15000 Einwohner bei Ulcus molle und Gonorrhoe erst an letzter Stelle.

Bei den Zahlen für die Landkreise habe ich Arensburg und Oesel wie auch Petschur Stadt und Land zusammen nehmen müssen. Auffallend ist die relativ hohe Zahl der Syphilitiker in Petschur.

3) Zu resp. Abnahme der Geschlechtskrankheiten in den Städten und Landkreisen Estlands.

Resultat: Im allgemeinen haben seit 1913 Lues und Gonorrhoe in absoluten Zahlen etwas zugenommen, Ulc. molle dagegen abgenommen.

In den Landkreisen apart berechnet haben die Geschlechtskrankheiten überall — mit Ausnahme von Oesel — zugenommen, Lues besonders in Wierland, Gonorrhoe besonders in den Kreisen Harrien, Dorpat, Fellin und Wierland.

In den kleinen Städten haben im J. 1920, gegenüber 1919, im Verhältnis zur Einwohnerzahl die vener. Krankheiten abgenommen in Hapsal und Pernau,

zugenommen in Wesenberg. In den übrigen Städten sind sie ziemlich gleichgeblieben. In Weissenstein haben sie gegenüber 1915 stark zugenommen.

In Reval hat Lues während des Krieges zugenommen, ist aber schon wieder auf die Zahl vor dem Kriege gefallen. Ebenso hatte Ulc. molle zugenommen, steht aber jetzt niedriger als jemals seit 1898. — Auch Gonorrhoe hat während des Krieges zugenommen, eine Verringerung ist aber noch kaum bemerkbar.

Diese Tatsachen scheinen zu beweisen, dass eine gewissenhaft ausgeführte Kontrolle und Behandlung der Prostituierten, wie sie insbesondere rigoros durch die deutsche Okkupationsgewalt, später in milderer Form, aber nicht weniger gründlich gehandhabt worden, der nicht unwirksam bei Bekämpfung der Geschl.-Krankheiten ist.

Aus diesem Verhalten der einzelnen Krankheiten können wir wohl den Schluss ziehen, dass Ulc. molle am schnellsten reagiert auf alle für die Verbreitung dieser Krankheit ungünstigen Umstände, somit geradezu ein Indikator sein dürfte für die geschlechtliche Hygiene in einer Stadt.

Ziemlich rasch sind auch die Zahlen für Gonorrhoe beeinflussbar, sehr viel langsamer die für Lues.

Anders liegen die Dinge in Dorpat, wo alle drei Krankheiten in den letzten drei Jahren rapid zugenommen haben *).

4) Das zahlenmässige Verhältnis der drei Krankheiten zueinander.

Hier kommen nur die Verhältnisse in Reval in Frage.

Meldekarten sind im Jahr 1920 eingelaufen in Ganzen 2290. Von diesen Kranken litten 60 gleichzeitig an drei Krankheiten. Diese sind nur einfach gerechnet worden.

Mit dieser Einschränkung war die Verteilung folgend: Lues 757 F., darunter Ulcus durum 130 (davon extragenitale 8), Lues recens 204, also frische Lues zusammen 334; Lues recidiva 115, Lues III 85, Lues latens 193, Lues maligna 1, heriditaria 10, Tabes torsalis 14, Paralysis progr. 5, L. cerebri 2. Gonorrhoe im Ganzen 1418, darunter akute 1165, Ulcus molle 115.

Das Verhältnis der drei Krankheiten zueinander ist ähnlich wie das aus den Jahresberichten der Ärzte berechnete: Lues 33,5%, Ulc. molle 5%, Gonorrhoe 61,4%. Wenn wir nur die akuten Infektionen berücksichtigen, so erhalten wir folgende Zahlen: frische Lues 20,18%, Ulc. molle 7,13%, akute Gonorrhoe 72,18%.

Zum Vergleich führe ich Prof. Paldrock's Zahlen für seine Dorpater Privatpraxis von 1909—1918 an: frische Lues 21,17%, Ulc. molle 3,79%, Gonorrhoe 75,13%. — Die niedrige Zahl für Ulc. molle erklärt sich wohl daraus, dass es eben die Zahlen der Privatpraxis sind, wo eine so typische „Schmutzkrankheit" wie Ulc. molle relativ selten vorkommt.

*) Unsere Universitätsstadt scheint immer den traurigen Ruhm gehabt zu haben, eine besonders verseuchte Stadt zu sein. Schon im J. 1867 schrieb Dr. E. Bergmann (Ein Mittel zur Einschränkung der Syphilis in Dorpat), das Verhältnis der in den Hospitälern Dorpats behandelten Syphilitiker zu den anderen Kranken betrage 16,5%, während es in den anderen Städten Russlands 10,3% sei.

Busch gibt für 37 Grosstädte Deutschlands im J. 1915 an: frische Lues 18,19%, Ulc. molle 6,8%, Gonorrhoe 74,2%; Langowsky für die dermatologische Klinik in Leipzig 39,83% Lues, 8,67% Ulc. molle, 51,4% Gonorrhoe. Hanstein für Schweden das Verhältnis von 70:10:20.

Nach Finger macht die Blennorrhoe 50—70% aus; der Rest verteilt sich auf Lues und Ulc. molle wie 1:1 resp. 1:2.

In Estland ist also die Zahl für Lues zu den andern Krankheiten ziemlich hoch.

5) Das Lebensalter der Erkrankten.

In Reval wie anderweitig ist das am meisten gefährdete Lebensalter das zwischen dem 20 uud 25 Lebensjahr, und zwar wird bei den Frauen das Maximum der Erkrankungen etwas früher erreicht als bei den Männern, und fällt auch früher ab.

6) Anteilnahme der Geschlechter.

Im Ganzen waren in Reval 80% Männer und 20% Frauen krank. In Kopenhagen (nach Finger) kamen auf 77,2% Männer 21,7% Frauen, für Syphilis allein auf 68% Männer 30% Frauen. In 37 deutschen Grosstädten (ao. 1913) ist das Verhältnis für Syphilis — 67,98% Männer zu 32,02% Frauen und von Gonorrhoe — 78,45% Männer zu 21,55% Frauen. In unkultivierten Ländern ist das Verhältnis der erkrankten Männer zu den erkrankten Frauen 50% : 50%. Wenn also Gärtner Recht hat mit seiner These: Je unkultivierter das Land, um so ungünstiger sei das Verhältnis für die Frauen, so schneidet Reval nicht schlecht ab.

7) Zivilstand der Erkrankten.

Von den 536 männlichen Luetikern waren 25,3% verheiratet und 1,6% verwitwet oder geschieden, dagegen von d. 221 weiblichen Luetikern 48% verheiratet und 9,95% verwitwet oder geschieden.

Bei den Frauen ist also die Zahl der Verheirateten wohl absolut kleiner aber relativ grösser als bei den Männern, noch mehr diejenige der Geschiedenen oder Verwitweten.

Diese Verhältnisse sind auch nichts für Estland Eigentümliches.

Das Überwiegen der Verheirateten resp. Verwitweten unter den Frauen erklärt sich durch die häufigen Infektionen durch die Ehemänner.

8) Anteilnahme der Nationalitäten.

Relativ am häufigsten erkranken die Russen, dann die Esten, Deutschen und am wenigsten die Juden.

9) Beruf der Erkrankten.

Die grösste Zahl (25%) der Erkrankten sind in Reval — unter den Männern Militärs, unter den Frauen — nächst den Prostitutierten — mit häuslichen Arbeiten Beschäftigte.

10) Die Ansteckungsquellen.

Die häufigste Ansteckungsquelle ist in Reval — (69%), wie auch den übrigen grösseren Städten Estlands die Prostitution (wie weit es dabei um registrierte Prostituierte handelt, lässt sich nicht bestimmen). Auf dem Lande sind die häufigste Ansteckungsquelle — Bauernmädchen.

Unter den Nichtregistrierten sind die Beamtinnen eine allmählich zunehmende, seit 1920 die häufigste Ansteckungsquelle (17% gegen 7% in J. 1919). Es scheint, dass die sozial selbstständig werdenden Frauen ein ziemlich regel-

loses Geschlechtsleben führen und auch für Reval scheint Blaschkos Ausspruch durchaus seine Richtigkeit zu haben, dass mit der wirtschaftlichen Unabhängigkeit sich beim weiblichen Geschlecht allmählich eine ebenso laxe Auffassung von der Freiheit des Geschlechtsverkehrs herausgebildet habe, wie sie bei den Männern schon lange bestand.

Ich habe aus meiner Privatpraxis durchaus den Eindruck, dass auch die als „Prostituierte" Bezeichneten sehr oft solche „sozial selbstständige" Mädchen sind. Die Mädchen, die nach einer flüchtigen Bekanntschaft resp. einem Souper die Herren aus Kinos oder Kafé's ins Hotel begleiten, gehören meist dieser Klasse an; ja sogar manchmal solche, die ihre Adresse beim Kellner angegeben haben, um hinbestellt zu werden.

Ehefrauen wurden 1920 in 46% der Fälle vom eigenen Mann angesteckt.

11) Die Krankenzahl nach Monaten.

Die meisten Kranken sind 1920 in Reval gemeldet worden im Januar (59 Männer u. 16 Frauen), doch dürfte das wohl darauf zurückzuführen sein, dass im diesem Monat die Meldungen begannen und daher in diesem Monat auch alle registriert wurden, die früher in Behandlung getreten waren.

Nächst dem Januar finden wir die höchste Zahl im Mai, übereinstimmend mit der Leipziger Statistik. Lewandowsky erklärt es durch die Steigerung des Geschlechtstriebes im Frühling.

Von Ulc. molle ist neuerdings behauptet worden, dass es besonders häufig in der warmen Jahreszeit auftrete. Diese Behauptung finde ich für Reval nicht bestätigt.

M. H. Das sind die Berechnungen, die ich aus dem mir zur Verfügung stehenden Material habe machen können. Vom Mai 1921 sind Meldekarten für Geschlechtskranke fürs ganze Land eingeführt worden. Es ist auch zu hoffen, dass in Zukunft Meldekarten eingeführt werden, mit Fragen, die leichter eine Übersicht gestatten werden, als die gegenwärtigen. Wenn Sie, m. H., dann noch das Opfer an Zeit und Mühe bringen werden, die Meldekarten genau auszufüllen, werden wir in Zukunft in Estland ein Material für eine Statistik der Geschlechtskrankheiten haben, wie es kaum irgendwo auf der Welt existiert.

Thesen.

1. Im Interesse der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wäre es wünschenswert, dass ein, in diesen Dingen erfahrener Arzt, für ganz Estland angestellt wird, um überall die Kontrolle der Prostituierten und die Behandlung der Geschlechtskrankheiten zu organisieren.

2. Zur Eindämmung der überhand nehmenden Gonorrhoe ist bisher das einzige wirksame Mittel persönliche Prophylaxe.

3. Es wäre zweckmässig, dass die Bearbeitung des ganzen statistischen Materials über Geschlechtskranke in Estland von einer Zentralinstitution unter Leitung eines Arztes, womöglich des unter 1 erwähnten, ausgeführt wird.

Läbirääkimised. Diskussion.

Kengsep arwab, et praegune suguhaiguste registreerimine ôiget statistilist pilti ei anna, sest üks ja seesama haige wôib wiie — kümne arsti poolt registreeritud saada.

Soowitab sunduslikku arstimise wiisi.

Terrepson: Nach einem Nichts an Kontrolle setzte im Jahre 1918 die Untersuchung der Prostituierten wieder ein und es zeigte sich, dass am schnellsten die Erkrankungen an Ulcus molle zurückgingen, die Gonorrhoeerkrankungen häufiger wurden, wogegen die Syphilis etwa nach einem halben Jahre einen Nachlass bemerken liess. Für die Syphilis wird dieses verständlich, da in dieser Zeit (in der etwa 2 Kuren durchgeführt sind) die Infektiosität sinkt. Dass bei einsetzender Kontrolle mehr Gonorrhoeerkrankungen, und ganz besonders bei Frauen, die unter der Erkrankung wenig leiden, aufgedeckt werden und im Anfang zu einer Erhöhung der Zahlen der an Gonorrhoe Erkrankten führen, ist ebenso verständlich, wie das Absinken der Gonorrhoehäufigkeit nach einsetzender Behandlung. Das beste Kriterium aber dafür, ob seitens der Kontrollärzte mit genügender Sicherheit untersucht wird, ist das Zurückgehen des Ulcus molle, da dieses bei seiner kurzen Inkubationszeit schnell diagnostiziert, entdeckt und behandelt werden kann.

Daher kann man nur sagen, dass der Nutzen der Kontrolle evident ist und dass wir es mit Freuden begrüssen können, dass wir in einem Staate leben, der die Sanitätskontrolle der Prostituierten nicht abgeschafft hat.

*

22) Dr. P. Pôdder: **Prostitutsioon ja tema korraldamine Tartus.** (La prostitution et sa règlementation à Tartu-Dorpat).

Praegu on Tartus prostitutsiooni valve umbes sarnasel kujul maksev, nagu seda 1895 a. end. linnaarsti Dr. Ströhmbergi nôudel korraldati. Enne seda oli valvekord Tartus ôige puudulik: ülevaatus maksuline (keskmiselt 50 kop.) sündis lôbumajades, lôbunaesterahvaste korterites, ehk arsti juures kodus ja 1892 a. pääle osalt linna haigemajas; enne seda oli kôige vaesemate maksuta ülevaatus iseäralises ruumis Ladumise tän., kus sisseseade vilets: arstil oli tarvituseks üks ainuke tina speculum ja abiks järelvaatuste juures keegi vanematest lôbunaesterahvastest. Linnaarstiks hakates nôudis Dr. Ströhmberg, et järelvaatus peab olema maksuta ja sündima ainult ambulatooriumis. Niisugune nôudmine ei meeldinud paljudele naesterahvastele ja osalt ka nende klientidele; maksjad lugesid endid mittemaksjatest parematekś, ning nägid selles nôudmises oma alandamist; neile tuldi sellega vastu, et nende järelvaatuseks iseäralised tunnid ôhtupoole määrati tingimisega, et see eesôigus ainult niikaua kestab, kui nad puhtusest ja kommetest kinni peavad. Tuli isegi ühe iseäranis môjurikaste eestkostjate kaitse all seisva lôbumaja naesterahvastele järelvaatamiseks iseäralik päev nädalas ja iseäraline tuba haigemajas määrata; kuid ülesseatud nôuete rikkumiste pärast sattusid eesôigustatud naesterahvad ikka enam ja enam harilikku liiki. Kevadel 1896 korraldati Puiestee t. olev maja № 87 linna nais- sugu- ja nahahaigete haigemajaks, kuhu ka ambulatooriline lôbunaesterahvaste järelvaatus üle viidi.

Järelvaatused määrati kôigile ühteviisi 2 korda nädalas kindlaks. Ainult vanematele ja mitte ainult prostitutsioonist elavatele, lubati harvemini ilmuda, pôhimôte, mille järele praegugi sünnib järelvaatus.

Allpool toon statistilised andmed Tartu linna prostitutsiooni kohta tähendatud haigemaja andmete järele 1. XII 1895 kuni 1. XI 1921 väljavôtetes ette.

Eestkätt olgu tähendatud, et registreeritud lôbunaesterahvaste arv viimasel ajal niiwôrd kokku on sulanud, et nende osa suguhaiguste laialilaota-

mises võrreldes salaprostitutsiooniga minimaalne olema peab; teiste sõnadega öeldud — prostitutsiooni reglementeerimine ei suuda soovitavaid tagajärgi anda: nii, näit., oli registreeritud naesterahvaid 1895 a. — 166, 1898 a. — 202, 1900 a. — 222, 1903 a. — 220, 1905 a. — 180, 1909 a. — 233; 1910 a. saadik langevad arvud pea järjekindlalt: 1910 a. — 216, 1913 a. — 156, 1914 a. — 131, 1915 a. — 158, 1918 a. — 125, 1921 a. I poolel 95 ja II poolel 73; Arusaadav, et Tartus lõbunaesterahvaid palju rohkem olema peab; kuna üle selle registreeritud naesterahvad suguhaiguse korral sunduslikult haigemajasse paigutatakse ja mõned neist sääl viibivad enam kui pool aastat, siis võib ka ilma puuduvate statistiliste andmedeta oletada, et suguhaiguste laialilaotamises suuremat osa mitte registreeritud, vaid salaprostitutsioon edendab.

1895—1921 a. on Tartus kokku 1821 registreeritud lõbunaesterahvast olnud, neist rahvuse järele: eestlasi — 56,78%, venelasi — 15,16%, lätlasi — 13,07%, poolakaid — 8,56%, sakslasi — 4,11%, juute — 0,82%, leedulasi — 0,38%, soomlasi ja ungarlasi — à 0,27%, mustlasi — 0,22%, prantslasi — 0,11%, rootslasi, tschehisid, helveetslasi — à 0,05%.

Seega seisavad eestlased absoluutselt I kohal; kui aga Eestis elutsevate muulaste väikest protsenti silmas pidada, siis peab tunnistama, et võrdlemisi palju enam registreeritud lõbunaesterahvaid Tartule on andnud venelased, poolakad, lätlased j. n. e. Eestlaste kohta olgu tähendatud, et suurem osa nendest oli maalt pärit, vähema osa andsid linnad. Nii olid pärit Tartust 38 naesterahvast, Tartu ümbruses olevast 4 vallast üksi 98.

Hariduse järele on lõbunaesterahvastest olnud: kirjaoskamatuid — 16,44%, algharidusega — 79,42%, mõningate keskkooli klasside (II—VII) haridusega — 2,87%, keskkooli lõpetanud — 0,41%, kõrgemate kursuste kuulajaid — 0,59%, mitmesuguste erakoolide haridusega — 0,41%, andmed puuduvad — 8,91% kohta.

Endise elukutse järele on olnud: ilma kindla ametita — 616, teenijaid tüdrukuid — 506, õmblejannaid — 229, lihttöölisi — 105, vabrikutöölisi — 80, lapsehoidjaid — 65, müüjannaid — 38, pesunaisi — 26, laste kasvatajaid (Bonne) — 23, kübarategijaid — 18, köögitüdrukuid — 16, naisteenijaid trahterites, perenaisi, karjaravitsejaid maal, raamatuköitjaid — à 8, kassapidajaid — 7, kudujaid, juukselõikajaid, kontori ametnikke — à 5, muud ametid — vähem kui 5 esitajaga igaüks — andsid kokku 45 lõbunaesterahvast.

Vanaduse järele registreerimise ajal jagunesid lõbunaesterahvad järgmiselt: 12 a. — 2, 13 a. —4, 14 a. — 20, 15 a. — 66, 17 a. — 218, 18 a. — 148, 19 a. — 216, 20 a. — 229, 21 a. — 200, 22 a. — 122, 23 a. — 124, 24 a. — 62, 25 a. — 54, 26 a. — 32, 27 a. — 33, 28 a. — 27, 29 a. — 13, 30 a. — 17, 31 a. — 9, 32 a. — 9, 33, 34 ja 37 a. a. — à 7, teistes eluaastates kuni 50 a. mõned üksikud (1—5); Kõige nooremad (12—16 a.) on Venemaal registreeritud. Kõige vanem iga registreerimisel oli 50 a. (!).

Kõige enam on 17—21 a. vanuseid registreeritud; 22 a. peale langeb see arv kiiresti.

Registreeritud naesterahvastest on esimest korda suguhaigusi põdenud järgmises vanaduses: 13 a. — 4, 14 a. — 19, 15 a. — 34, 16 a. — 79, 17 a. — 163, 18 a. — 165, 19 a. — 178, 20 a. — 223 (kõige enam!), 21 a. peale kahaneb esimest korda haigeks jäänute arv kiiresti: 21 a. — 158, 22 a. — 152, 23 a. — 99, 24 a. — 67, 25 a. —50, 26 a. — 32, 27 a. — 29,

28 a. — 18, 29 a. — 20, 30 ja 31 a. — 16, järgnevatel aastatel on haigeksjäänute arv alla 10, kõige vanem neist oli — 58 a. (1).

12 aasta jooksul (1904—1915) on keskmiselt — poole aasta kohta välja arvatud — 6,5% lõbunaesterahvast suguhaigustest terved olnud.

Lõbunaesterahvaid, kes iialgi tripperit, siifilist, ehk schankert põdenud ei ole, on kõige vähem 1921 a. olnud — 1,37%, kõige rohkem 1919 a. (I pool) — 12,8%. Need arvud käivad aga ainult niisuguste kohta, kes liig lühikest aega (vähem kui pool aastat) järelvalvuse all on olnud: suguhaigused on lõbunaesterahvastele möödapääsematud.

*

23) Dr. H. Rütmann: **Prostitutsioon ja tema korraldamine Tallinnas.** (La prostitutsion et sa règlementation à Reval).

Enne ilmasõda oli prostitutsioon Tallinnas pea täitsa 7—8 avalikku maija koondatud.

Lahtipuhkev revolutsioon hävitas kõik avalikud majad ja prostitutsioon hakkas ennast pääasjalikult uulitsal ja mõnes salaurkas avaldama. Mingisugust politsei-arstlist kontrolli ei olnud 1917 a. veebruari lõpust kuni 1918 märtsi alguseni, kus sakslaste poolt sarnane kontroll jälle sisse seati. Mai kuul 1918 a. asutati kõlblus-politsei, koosseisev ühest ülemast, ühest vahtmeistrist ja kuuest politseinikust. Kõik kahtlased naesterahvad vaadati ühe Saksa sõjaväearsti poolt järele ja avalikud naesterahvad olid kohustatud kaks korda nädalas arstlisel järelvaatusel käima. Ühtlasi avati U. Tatari tän. olevas kasarmus snguhaigetele naesterahvastele haigemaja. Pääle selle avasid Saksa sõjaväe võimud üheksa avalikku maja. Nende inspektoriks oli üks Saksa leitnant; oli sisse seatud ka velskeri deshuur, kelle kohuseks oli haigeid isikuid mitte sisse lasta ja soovi järele pärast sugulist läbikäimist haiguste ärahoidvaid abinõusid anda.

Saksa okkupatsioonile järgnevas vabameelses ajajärgus viidi Tallinnas prostitutsiooni korraldamises n. n. neo-reglementarism läbi: taheti uusi teesid leida, kuidas prostitutsiooni vähendada, avalikkude naesterahvaste seas seda omapäralist seisusetunnet ära kaotada ja selle läbi neile kergendada võimalust jälle ausale tööle tagasi pöörata. Kõlblus-politsei kaotati ära ja selle asemel asutas linna tervishoiu osakond 1 juunil 1919 a. komblusvalvekoha, kelle juhatajaks arst ja selle abilisteks üks inspektrisse, üks asjaajaja, üks halastajaõde, 2 nais- ja 4 meesagenti olid. Inspektrisse kohuseks tehti kõikide kahtlaste naesterahvaste kohta selgusele jõuda, kas nad mitte ei prostitueeri; sissetulnud kaebtusi lahendada ja alaealistele ning esimest korda eksiteele sattunutele nõuga ja teoga abiks olla, jälle õigele teele tagasi pöörata. Agentide kohuseks oli, asjaajaja juhatusel, selle järele valvata, et kõik prostitueerivad naesterahvad korralikult arstlisel järelvaatusel käiksid, ja kaebtuste kordadel diskreetselt andmeid koguda, kui palju kaebtused tõeväärilised. Halastaja-õde oli arstil abiks naesterahvaste järelvaatusel.

Nagu sellest näha, mindi prostitutsiooni korraldamises puht tervishoidlisest seisukohast välja. Kuid varsti selgus, et avalikud naesterahvad, lõbumajade pidajad, kahtlaste hotellide teenijad ja vahest isegi politsei ametnikud tervishoiu osakonna agentide nõudmisi ei täitnud. Selle pääle anti linnavalitsuse poolt 22. mail 1920 aastal sunduslikud määrused prostitutsiooni ja temaga kaasaskäivate suguhaiguste vastu võitlemiseks välja ja

komblusvalvekoht astus läbirääkimistesse kriminaalpolitseiga, kes asjast selle tõttu huvitatud oli, et kuritegevus ja prostitutsioon lähedalt ühenduses on; kriminaalpolitsei poolt anti komblusvalvekoha agentidele kaartid, mille abil nad igal ajal igale poole sisse pääsesid ja politsei poolt igal ajal abi võisid saada.

Komblusvalvekoht, aru saades, et prostitutsioonis majanduslised ja kasvatuslised momendid tähtsamad on kui vaimlised kalduvused, on alati püüdnud avalikke naesterahvaid iseseisvamateks teha, mitte lubades avalikke majasid avada, selle asemel toetades avalikkude naesterahvaste ühiskorterisi, kus igaüks vaba üürnikuna oma äri ajab. Praegu on Tallinnas 5 sarnast korterit, kus 4—9 avalikku naesterahvast koos elavad. Ei ole nendes kohtades veel märgata olnud korratusi selle tõttu, et neis mitte bordelli kord ei valitse, vaid need naesterahvad, kes teistega koos elada ei saa, lähevad säält ise vabatahtlikult ära.

Suur enamus prostitueerivatest elab linnas laiali kahekesi koos ja ka üksikult. Paljudel on omaette väiksed ühe-kahetoalised korterid, enam jagu elab käsitööliste käest üüritud möbleeritud tubades. Toade hinnad on 1921 a. 500—3000 marka kuus, kuna ühiskorterites tuba ühes täie pansiooniga 1500 kuni 2500 marka nädalas maksab. Üksikult elavatest naesterahvastest ei võta suur osa võõraid oma korteris vastu, vaid avalikkudes paikades tutvust tehes, lähevad nad möbleeritud tubadesse, hotelli või aga „voodi pääle", s. t. niisugusesse kohta, kus mõni isik oma voodi lühikeseks ajaks välja üürib. Tallinnas on praegu 6 võõrastemaja ja kaks möbleeritud tubade pidajat, kes reisijate puuduse tõttu tubasid prostitutsiooni otstarbeks lühikeseks ajaks välja üürivad.

Arstline valve on Tallinnas kahesugune: sunduslik alaline ja sunduslik ajutine. Sunduslikku alalist kontrolli tarvitatakse ennast peateenistusena prostitueerivate naesterahvaste kohta, sunduslikku ajutist — nende kohta, kes juhusliselt ehk ajutise kõrvalteenistusena end prostitueerivad ja üksikute isikute kohta, kelle pääle põhjendatud kaebtus on tulnud, et nad suguhaigust edasi annud.

Naesterahvad, kes ainult prostitutsioonist elutsevad, peavad korralikult üks kord nädalas arstlisel järelvaatusel käima ja saavad sellekohased raamatud, omaniku päevapildiga, millesse kõik järelvaatuse tagajärjed sisse kantakse. Naesterahvad, kes juhusliselt end prostitueerivad, käivad harvem. Teenistuses olijad naesterahvad, kelle kohta kaebtus suguhaiguse edasiandmise pääle sisse tulnud, peavad eraarsti juurest tervise-tunnistuse tooma, haiguse korral aga aegajalt ravitseja arsti poolt tunnistuse, et nad ennast korralikult arstivad, kuni tervekssaamiseni. Viimast moodust tarvitatakse ka meesterahvaste kohta, kelle pääle on kaevatud. Arstlise kontrolli alt vabastatakse avalikke naesterahvaid järgmiselt: alaealisi, esimest korda tabatuid, antakse kirjaliku vastutuse pääle vanemate ehk eestkostjate hoole alla, avalikke naesterahvaid — sel korral, kui nad mehele lähevad ehk ainult ühe isikuga elavad, nende meeste vastutuse pääle. Tööle asunuid ei vabastata mitte otsekohe, vaid tööolusid silmas pidades, ilmuvad nad üks kord kuus arstlisele järelvaatusele või aga saadavad teatud tähtaegadel komblusvalvekohale eraarstide poolt väljaantud tervistunnistuse. Kui näha on, et endine avalik naesterahvas korralikult tööle näib jäävat, ilma et ta kõrvalteenistusena end prostitueeriks, siis vabastatakse ta 3 kuni 6 kuu jooksul arstlisest kontrollist. Jääb ta aga selle aja jooksul haigeks, siis tehtakse haiguse hallikas kindlaks, ja võetakse see haige

meesterahvas järelvalve alla, kuna töölkäija naesterahvas eraarstide ravitsemisele lubatakse.

Kõik ülalnimetatud toimetusviis on maksev tripperi ja pehme shankeri kohta, kuna siifilise puhul kõik haiged, nii meeste- kui ka naesterahvad, avalikud kui ka töölkäijad, kuni tervekssaamiseni arstlisi tunnistusi on kohustatud tooma ja sellest kohustusest alles siis vabanevad, kui Wassermann'i reaktsioon teatud aja jooksul negatiiv on olnud.

Aasta aruannete järele on sundusliku kontrolli aluste avalikkude naesterahvaste vananemist märgata, mis sellega seletatav, et alaealisi võimalikult vähe alalise arstlise valve alla võetakse ja inspektrisse neid vanemate või hooldajate vastutuse pääle püüab vabastada. Kuid Tallinna pidude pääl käijate alaealiste naesterahvaste ülespidamist tähele pannes, peab konstateerima, et meie noorsoo kasvatus eetilisest küljest väga puudulik on. Tallinna kombiusvalvekohas on 1919—1921 aastate jooksul järel vaadatud 77 14—17 aastast naesterahvast, kes oma ülevalpidamisega kahtlased olnud: neist leiti puutumatuid 13, terveid, aga defloreeritud 24 ja suguhaigeid 40 (siifilises 7, tripperis 29, pehme shanker 1, siifilises ja tripperis 2 ja pehme shanker ja tripper 1). Ühe 12-aastasel maalt linnas kooliskäijal tütarlapsel oli siifilis ja tripper, sest tädi, kelle juures ta kosti pääl, pidas sala lõbumaja.

Kui meie avalikku prostitutsiooni Tallinnas lähemalt vaatleme, siis võib ütelda, et ta siin viimastel aastatel vähenemas on; uued juuretulijad on enamiste 18—33 aastased ja nende seast palju varemalt teistes linnades ja Venemaal end prostitueerinuid.

Tab. I. Avalikud naesterahvad vanaduse järele.

Aasta	Kuni 20 aastased	21—25 a.	26—30 a.	31—40 a.	41—50 a.	51—60 a.	Av. naester. arv
1918	41,76%	31,67%	14,34%	10,09%	1,41%	0,64%	609
1919	38,90%	35,67%	15,08%	8,07%	2,15%	0,13%	682
1920	13,30%	50,78%	19,17%	12,43%	2,28%	1,04%	579
1921 kuni 1 nov.	26,58%	38,14%	17,47%	13,66%	3,45%	0,60%	481

Rahvuse järele on 4 aasta jooksul eestlaste % pisut tõusnud, venelaste seisab peaaegu ühel kõrgusel, kuna teiste rahvuste % alanenud on.

Tallinnast päritolevate naesterahvaste protsent kahaneb aasta-aastalt kavakindlalt, kuna mujalt tulnute protsent sedavõrd tõuseb.

Endise ameti järele on märgata juurdevoolu käsitööliste, majateenijate, äri-, kontori- ja muil tööaladel teenijate ning ilma ametita isikute seas, kuna vabrikutööliste protsent langeb. See kõneleb selle poolt, et majandusline seisukord meie iseseisvalt teenivatel naesterahvastel viletsamaks muutunud on.

Mis puutub suguhaigustesse prostitueerivate seas, siis ei saa tripperi kohta mitte absoluut kindlaid andmeid tuua, sest enne arstlise kontrolli ilmumist käiakse eraarstide juures ja haiguse korral hoitakse ennast kõiksugu abinõudega arstlisest kontrollist eemale. Üleüldiselt peab ütlema, et viimase paari aasta jooksul tripperi juhtumiste arv ühesugune, umbes 400 ümber seisab. Pehmet shankerit tuleb Tallinnas viimasel ajal väga harva ette, nii on 1921 a.

jooksul kuni 1. novembrini 10 juhtumist leitud. Absoluut kindel see arv muidugi ei ole, sest pehme shankeri juures on kõrvalhoidmine niisama võimalik kui tripperi juureski. Siifilisehaigete avalikkude naesterahvaste protsent on Tallinnas sest ajast saadik, kui 1920 aastal sunduslikult Vassermann'i reaktsiooni tegema hakati, märksa tõusnud (31,5% päält 56,1% pääle). Muidugi on nende seas, kes ilma kliiniliste sümptoomideta, palju neid, kes oma vähe ravitsetud haigust varjasid ehk ennast juba terved arvasid olevat, kuid haruldased ei ole need juhtumised, kus haiged tõesti oma haigusest midagi ei teadnud. Haigete hulka on ka need loetud, kes siifilist põdenud on, s. o. umbes 16% kontrolli alustest naesterahvastest ja kellel Vassermann juba mitmekordselt negatiiv on olnud.

Mis puutub prostitutsiooni teistesse avaldamisviisidesse, nimelt *salajase ja juhusliku prostitutsioonisse* ja prostitutsioonisse kõrvalteenistusena — siis võib sellest ainult umbkaudu kõneleda.

Võib oletada, et salajalt Tallinnas ennast prostitueerivad varieteede näitlejannad; on märgata kafeedes ja restoraanides ka mitte vähe kahtlasi naesterahvaid, kes hää ülesastumisega, väga ettevaatlikud ja väljamaalastega liiguvad ja selle tõttu arstlisele kontrollile ligipääsematud. Kui mõni nendest kaebtuse põhjal järelvaatusele valvekohta kutsutakse, siis on kindel, et mõni mõjuv isik leidub, kes tema eest vastutab. See kategorii naesterahvaid ei ole ka nii kardetav, sest esiteks on nende tutvusringkond piiratud, ja teiseks on need jõukamatest kihtidest, kes omale korraliku ravitsemist haiguse puhul lubada võivad. Kardetavamad on juba need, keda kelnerite või ukse-hoidjate kaudu hotellide või restoraanide kabinettidesse ehk sauna numbritesse kutsutakse. Siin avaldub prostitutsioon sagedasti ainult kõrvalteenistusena, millega ärides või muudel aladel teenivad naesterahvad võimaldavad endile neid elumõnususi, mida neile nende otsekohese töö tasu ei luba. Võrdlemisi harva satuvad need naesterahvad arstlise kontrolli alla. Suurem juba on kontrolli alla sattunute arv nende seast, kes salajates korterites õhtuti ennast prostitueerimas käivad. Sagedasti on nende seas abielunaisi, kellede eraviisil taskuraha teenimisest nende mehed midagi ei tea.

Kõige suurema osa sarnastest juhusliselt kontrolli alla sattuvutest (200—250 naesterahvast) moodustavad need, kes juhuslikult ajutise töö puuduse või muude suurte väljaminekute puhul ennast prostitueerivad. Et nad sääljuures ettevaatmatad on esimesesse ettejuhtunud hotelli minema, siis satuvad nad ka kergesti politsei või valvekoha agentide küüsi. Suurem osa neist pööravad niisuguse äparduse puhul jälle oma töö juurde tagasi.

Prostitueerivateks ei või neid (60—80) naesterahvast lugeda, kes loomusunnil tasuta sugulisele ühendusele anduvad ja kelle pääle valvekohta haiguse edasiandmise puhul kaebtusi on tulnud. Nende käest nõutakse korralikku ravitsemist kuni tervekssaamiseni ja tõeasi on, et need naesterahvad peaaegu kunagi omast haigusest midagi ei tea.

Ülevaadet lõpetades, pean veel nii palju ütlema, et, praeguse korralduse puudulikkuse pääle vaatamata, meil Eestis *Rootsi seadust maksma panna, veel varajane oleks*, sest meie ühiskondlise elu korraldamine on selleks praegu veel madalal arenemise astmel.

Tähtis oleks meil esialgu: noorsoo eetilise tasapinna tõstmine; väljaspool abielu laste ja nende emade üheõiguslus abielussündinute ja olijatega;

langenud naesterahvaste päästeseltside, naisühingute ja hoolekande asutuste tööde kokkukõlasse viimine; noorsoo ja rahva tutvustamine suguhaigustega ja nende tagajärgedega; maksuta suguhaiguste ambulatooriumide ja haigemaja osakondade avamine; moodsa sotsiaal-hügieene nõuetele vastavate seadustega kõlbluseta tegudele ja suguhaiguste laialilagunemisele piiride panemine ja palju teisi ühiskondlisi probleeme. Need tulevad enne lahendada, siis alles võime abolitsionistliselt prostitutsiooni valvet kõrvaldada.

Seni aga peame püüdma prostitutsiooni võimalikult puhttervishoidliselt saneerida.

*

24) Prof. A. Paldrock: **Kes laotab meil suguhaigusid laiali?** (Qui repande chez nous les maladies vénériennes?)

Aastatel 1909—1918 oma erapraksisel Tartus korjatud andmetel võin ma järgmist selle küsimuse kohta teatada.

Haiguse saivad:		avalikkude naesterahvaste käest:	mitteregistreeritud naester. käest:
Gonorrhoea	I	641 = 47,2%	718 = 52,8%
Gonorrhoea	II	230 = 49,8%	233 = 50,2%
Gonorrhoea	III	75 = 52,1%	69 = 47,9%
Gonorrhoea	IV	18 = 56,5%	14 = 43,5%
Gonorrhoea	V	5 = 38,6%	8 = 61,4%
Gonorrhoea	VI—X	7 = 70%	3 = 30%
Gonorrhoed kokku:		976 = 48,2%	1045 = 51,8%
Ulcus molle		61 = 59,9%	41 = 40,1%
Syphilis		263 = 46,4%	304 = 53,6%
Koguarv:		1300 = 48,7%	1390 = 51,7%

Nii siis näeme et 2021 isikust 976 = 48,2% Gonorrhoe olid saanud avalikkude naesterahvaste käest, kuna 1045 = 51,8% ta mitteregistreeritud naesterahvaste käest saivad. Viimastest olid haiguste laialijaotajate I järgus: 204 õmblejat = 19,5%; 158 teenijat tüdrukut = 15,1%; 129 seltskonna daami = 12,3% ja 106 maatüdrukut = 10%.

II järgus olid: 93 abielunaist = 8,9%; 79 müüjannat = 7,6%; 52 põgenejat = 5%; 34 shansonetti = 3,3%; 29 kontoris teenijat = 2,9%; 21 kursistkat = 2%; 20 gümnaasiumi õpilast, 20 peretütart = à 2%.

III järgus olid: 18 halastaja-õde = 1,7%; 16 naiskellnerit = 1,5%; 14 koolipreilit, 14 vabrikutöölist = à 1,3%; 11 lapsehoidjat = 1,1%; 8 leske = 0,8%; 7 kunstnikku, 7 võõrastemajas teenijat tüdrukut = à 0,6% ja 5 ämmaemandat = 0,5%.

102 korda tuli Ulcus molle'ga haigeksjäämisi ette. 61 korda oli haigus avalikkude naesterahvaste käest saadud ja 41 korda mitteregistreeritute käest. Viimastest olid haiguse laialilaotajate I järgus: 9 õmblejat = 22%; 7 teenijat tüdrukut = 17%; 6 shansonetti = 15% ja 5 põgenejat = 12%.

ärgus olid: 4 maatüdrukut = 10%; 3 seltskonna daami = 7,5% ja 2 müüjannat = 5%. Teistest kutsetest (à 1 naester. = 2,3%) kokku 5 isikut.

567 isikut olid siifilise saanud ja nimelt 263 = 46,4% avalikkude naesterahvaste käest ja 304 = 53,6% mitteregistreeritud naesterahvaste käest. Viimastest olid siifilise laialilaotajate I järgus: 58 õmblejat = 19,1%; 41 teenijat tüdrukut = 13,5%; 35 maatüdrukut = 11,5%; 31 põgenejat, 31 seltskonna daami = à 11,4%.

II järgus olid: 24 abielunaist = 8,1%; 19 müüjannat = 6,2% ja 17 shansonetti = 5,6%, kokku 48 isikut.

III järgus olid: 8 naiskellnerit = 2,6%; 7 halastaja-õde ja 7 kunstnikku = à 2,3%; 5 ämmaemandat, 5 gümnaasiumi õpilast, 5 lastetüdrukut = à 1,6%; 3 võõrastemajas teenijat tüdrukut, 3 vabrikutöölist; 3 peretütart = à 0,9%; 1 koolipreili, 1 lesk = 0,3%.

Arvusid võrreldes näeme, et gonorrhoet ja siifilist laotavad laiali rohkem mitte registreeritud, kui avalikud naesterahvad; Ulc. molle juures on see ümberpöördud.

Kui aga koguarvu võtta, siis ei suuda ulc. molle'gi siin palju muuta; nimelt on mitteregistreeritud naesterahvaste arv, kes haigusi laiali laotavad, 1390 = 51,7%, kuna avalikke naesterahvaid on 1300 = 48,7%.

Seega on meil suguhaiguste pealaialilaotajad eestkätt mitteregistreeritud naesterahvad, kuna avalikud naesterahvad neist taha jäävad.

*

25) Drd. med. J. Vilms: **Suguhaiguste ühiskondlised ja majanduslised põhjused.** (Les causes sociales et économes des maladies vénériennes).

Võitlus suguhaiguste vastu on ainult siis tagajärjekas, kui meie põhjused kaotame. Suguhaiguste otsekoheste põhjuste küsimus omandab sellega radikaalse tähenduse.

Inimese loomulik sugutung leiab loomulikumat rahuldust abielus, vahekorras, mis pakub paremat kindlustust tervise suhtes. Oleksid kõik täiskasvanud inimesed abielus — siis otsiksid väljaspool abielu sugulist läbikäimist ainult erandid ja sedagi võrdlemisi harva, kui nende tung ei mahu harilikku korra ja kõlbluse raami.

Nüüd aga näeme, et väga paljudel pole võimalik abiellu astuda, kui nad seda ka tahaksidki. Nii oli Saksamaal 1900 a. üle 4 miljoni 18—40 a. v. vallalist naesterahvast, nende seast ligi 2 miljoni, kes üleüldse ei saanud abiellu astuda, sest et nende jaoks lihtsalt ei jatkanud täisealisi mehi. Eesti statistika 1920 a. kohta näitas, et ainult linnades vallalisi naesterahvaid üle 20.000 rohkem on kui mehi.

Majanduslised olud sunnivad mehi võrdlemisi hilja abiellu astuma. Vallaline elu aga on täis raskusi, iseäranis naestel. Üldiselt tuntud on naesterahva väikene tööpalk — kuna elamise kulud aga mitte just vähemad ei ole. Sel puhul siis, niikui kogemused näitavad, anduvad paljud naisteenijad jne. prostitutsioonile ja saavad seega suguhaiguste kandjateks.

Suguhaiguste rohke laialilagunemine vallaliste meeste seas on samuti tõendud (prof. Betman) — ligi 70% üldarvust.

Majandusliste resp.-sotsiaalsete olude sunnil vallaliste inimeste suur arv on prostitutsiooni üks tähtsamatest põhjustest.

Teistest sotsiaalseist teguritest tuleks mainida alkoholismi, mis arusaamist ja järelekaalumist nõrgendades edendab valimatut sugulist läbikäimist. Tuleb mainida abielu kiriklist kivinemise seisukorda, kus abielulahutus raskendud, kui ka inimesed kokku sattund juhusliselt. Tuleb meeles pidada praeguse aja rohkem rahalist abielu, mis sugulist läbikäimist perekondliselt ei piira.

Tähtsat osa mängib prostitutsiooni põhjustes sugulise kasvatuse puudus, mis, suure sugulise erotismi pinguldusega, kinode, kirjanduse, modernkunsti tähe all kisendavaks on saanud.

Kultuuri tendents avaldub muu seas ka perekondlise elu atrofeerumises, sest üksikute elu saab seotud niivõrd ühiskonnaga, et perekonnaelu vast ainult öösel võib avalduda. Muidu aga kaob ikka enam tarvidus oma majapidamise järele selle õndsas patriarhaalses vormis. Naene — kui perekonna kodune pää — jääb aga sellega ilma tööta ja tihti ilma huvideta, mis edendab sugulist läbikäimist väljaspool perekonda.

Kui mainida veel sotsiaalseist põhjustest sõda ja meie seltskonna halba inimeste koosseisu, kelle hulgas leidub palju pärivusliselt koormatuid, sugulisele kõlvatusele enam-vähem kalduvaid — siis vast oleme tähtsamad suguhaiguste põhjused üles lugenud.

Meie arstide jõud peab pöörduma kõigepäält suguhaiguste põhjuste kaotamisele. Suguhaiguste vastu võitlemine teisel teel — on ainult hädaabinõu!

Läbirääkimised. Diskussion.

Jürgenson ja Kengsep nõuavad, et seksuaal küsimust tuleks selgitada juba koolides, kooliarstide ja eriteadlaste veneroloogide kaudu, kes selle üle pääle koolide ka ajakirjanduses, eriti meie „Kasvatuses“ sõna võtma peaksid.

Rütmann: 1) Meie kooliarstid on eetiliste küsimuste selgitamiseks vähe ettevalmistatud.

2) Klassis suure hulga lastele neid küsimusi selgitada on sagedasti kahjulik, sest õpetaja mõju on ajutine ja pärast võivad lapsed oma keskel koguni vastupidises mõttes neid küsimusi käsitada.

3) On soovitav, et lastevanemad seda isiklikult teeksivad ja selleks on vaja lastevanemate eetilist tasapinda tõsta ja neile selgitada, missugune hädaoht nende lapsi — nii suguhaiguste kui ka prostitutsiooni poolt varitseb.

4) Sotsiaalsed uuendused peavad olema ajanõuete kohased ja mitte vana korda murdvad, nagu meie praegu Venemaal näeme.

Spindler weist darauf hin, dass eine Arbeit von v. Nothhaft-München existiert, nach der Alkoholgenuss sehr wenig Einfluss auf die Häufigkeit der venerischen Erkrankung hat. Die Frage dürfte also nicht so ohne weiteres zu entscheiden sein.

Piiskop: 1) Suguhaiguste vähendamiseks peaks kõik abielud õnnelikud olema. 2) Kui ka kõik inimesed abielus oleks, ei tooks see suguhaiguste täielikku kadumist.

Vilms: Rütmann on ainult täiendanud minu ütelusi, sest loomulikult peab sotsiaalne reform tema üldises mõttes minema evolutsioonilisel teel, aga mitte revolutsioonilisel, mille pankrotti Venemaa hiilgavalt tõendab.

Spindleri arvamine alkoholi mõjust Münchenis ei ole võrreldav meie oludega, sest väljamaal on alkohol nõrga %-lise õllena tarvitusel, mis mitte nii narkotiseerivalt ei mõju; on ju väljaspool igasugust kahtlust, et kõik kohad, kus suguhaigused õitsevad, rikkalikult on alkoholiga varustud.

*

26) Prof. A. Rammul: **Isiklised ja ühiskondlised suguhaiguste laialilagunemise põhjused.** (Les causes personelles et économes de la dispersion des maladies vénériennes).

Suguhaigused lagunevad laiali kultuurimaades pea ainult sugulisel läbikäimisel, kuna madala kultuuriga maades ka mittesugulisel teel palju suguhaigusi edasi antakse. Näit. Finger'i arvud siifilise kohta:

	% sugulisel teel	% mittesugulisel teel
Austrias: mehed	94	6
„ naester.	86	14
Rootsis	84	16
Balkani riikides	50	50
Venemaal: Kurski kuberm. .	8	92
„ Vladimiri „ .	9	91
„ Räsani „ .	26	74

Teadmatus, mustus, hoolimatus, lähedane kooselamine, koosmagamine ühes voodis, ühiste söögiriistade, tarbeasjade tarvitamine ilma puhastamata jne. soodustavad seda. Ka mõned elukutsed edendavad teatud määral siifilise edasiandmist mittesugulisel teel, näit. arsti oma, edasi kutsed, kus ühiseid tööriistu tarvitatakse (klaasi puhkujad, tapetseerijad, tislerid, õmblejad jne.). Näit. Scheuer'i kokkuvõte (1896—1903 a.) 297 niisuguse Syphilis technica s. oeconomica juhtumise kohta, mille hulgas 168 arsti, 17 arsti abi, 64 ämmaemandat ja 48 teiste kutsete esitajat.

Õige suur hulk lapsi sai ennemalt sündimise juures silmadesse tripperi idud, kui emal see haigus juhtus olema ja kaotas silmanägemise. Seda mittesugulisel teel tripperi edasiandmist juhtub kahjuks nüüdki veel, ja isegi kultuurimaades, ehk küll Credé haiguse ärahoidmise viis — põrgukivi sulatise tilgutamine silma — ammugi tuttav.

Sugulisel teel saadud suguhaigus oleneb eestkätt sugulisest läbikäimisest väljaspool abielu. Niisugust läbikäimist soodustab: halb kasvatus, kõlblise tunde puudus, kahesuguse moraali poolehoidmine, sugutungi äritus, iseäranis linnade mõnususte ja ebamõnususte ja pahnakirjanduse läbi, vale eelarvamine sugulise karskuse kahjulikkusest, siis alkohol, mis järelkaalumist tumestab.

Ühiskondlistest põhjustest oleks nimetada: suurem vaheldus suguliselt läbikäijate inimeste keskel; näit. suurlinnades. Erandid on mitterahvarikkad linnad, kust inimesi rohkem läbi voolab, kus mitmesugused rahvakihid koos elavad ja kus jõukamaid rohkem; näit. sadama- ja kaubalinnad, edasi linnad, kus võrdlemisi palju noori, suguküpseid inimesi, sõjaväelasi, kõrgemate õpeasutuste õpilasi. Neis linnades ja linnakestes on võrdlemisi palju suguhaigusi. Ka meie Tartu kuulub siia liiki. Samuti leidub rohkem suguhaigeid rahvakihtides ja maades, kus hiline abiellu astumine paratamataks nähtuseks ehk kombeks, näit. kõrgema hariduse saajate seas. Äraolemine perekonnast, rändamine, sõjaaeg — toob suguhaiguste kasvamist kaasa. Ka tööviis on tähtis:

öötöötegijad, kes korratult elama on sunnitud nagu pagarid, öövoorimehed; alkoholiga kokkupuutuvad teenijad joogimajades annavad suuremat suguhaigete arvu. Vähesed töö palgad, töö puudus ühes teiste põhjustega mõjub kaasa naesterahvaste langemisele, mille paratamata tagajärg suguhaigused on. Prostitutsioon, avalik kui ka salajane, on muidugi suguhaiguste alaline hallikas.

Kõiki neid asjaolusid tuleb laialt selgitada, alates juba koolidest.

Läbirääkimised. Diskussion.

Jürgenson: Koolides ei pruugiks alamates klassides üldse suguelu küsimust puudutada. Kõrgemates klassides aga peaks vähemalt lues'i kui kõige raskema kohta seletust antama.

Kengsep: Minu äranägemise järele on õppiva koolinoorsoo juures siifilise ja teiste suguhaiguste küsimus vähema tähtsusega kui võitlus onanismi vastu. Siifilise tagajärjed on pääasjalikult füüsilised, onanismi omad üle selle ka psüühilised. Meie aegse noorsoo närvinõrkus on sagedasti onanismi tagajärg.

Pääleselle kui Dr. Spindler'i ettepanekul veel üleüldiselt mõtteid vahetatud suguhaiguste vastu võitlemise küsimuse üle lõpetas juhataja koosoleku k. 1 p. l.

Üldine koosolek. Réunion universelle.

2. detsembril 1921 a. k. 4 p. l. ülikooli aulas.

Koosoleku avas kongressi abiesimees Dr. med. J. Luiga. Aujuhatajateks valiti prof. Dr. R. Tigerstedt Helsingist, dotsent Dr. Barons Riiast ja Dr. Bagdonas Kovnost. Kongressi pääsekretär luges ette kongressile adresseeritud tervitustelegrammid: Kovno arstide seltsilt, Leedu arstide kongressi täidesaatvalt komiteelt, Kovnost (kongressi ülesandel) ja Dr. Leesment'ilt Tallinnast (Eesti Punase Risti ja enese nimel). Otsustati saata tänu- ja tervitustelegramm Leedu ametvendadele. Selle järele kanti ette järgmised 6 päevakorra kõnet:

27) Prof. L. Puusepp (Pussep), Tartust: **О совмѣстной научной работѣ врачей окраинныхъ государствъ.** (Du travail scientifique accordé des médecins aux nouveaux états limitrophes).

Реф. предложилъ собирать періодическіе медицинскіе конгрессы окраинныхъ государствъ на слѣдующ. основаніяхъ: 1) Въ съѣздахъ принимаютъ участіе Финляндія, Эстонія, Латвія и Литва. 2) Съѣзды созываютъ 1 разъ въ 2 года въ крупныхъ научныхъ центрахъ этихъ государствъ по очереди. 3) Для осуществленія съѣздовъ образуется особая временная перманентная комиссія по 2 члена у каждаго государства. 4) Для организаціи съѣзда избирается медицинскимъ обществомъ данной страны организаціонный комитетъ, который поддерживаетъ постоянныя сношенія съ перманентной комиссіей и информируетъ ее о своихъ мѣропріятіяхъ.

Läbirääkimised. Diskussion.

Bagdonas — Kovno: Вопросъ объ контактѣ и объединеніи врачей сосѣднихъ молодыхъ государствъ Финляндіи, Эстляндіи, Латвіи и Литвы въ цѣляхъ болѣе успѣшной научной работы уже назрѣлъ и ждетъ своей реализаціи. Инициатива, исходящая изъ I конгресса эстонскихъ врачей, какъ старшихъ коллегъ, тѣмъ болѣе важны для врачей Литвы, что преимущества научныя находятся на сторонѣ эстонскихъ врачей. Тогда какъ финляндцы и эстонцы имѣютъ свои старые университеты, изъ которыхъ дерптскій воспиталъ много литовскихъ врачей, литовцы только начинаютъ организовать свой университетъ. Силы врачебныя и научныя особенно нужны для Литвы. Помощь въ этомъ отношеніи болѣе всего желательна со стороны сосѣдскихъ прибалтійскихъ государствъ. Вотъ почему намъ литовскимъ врачамъ инициатива Ваша особенно важна и дорога.

Barons — Riga: Война дала намъ цѣлый рядъ болѣзней опасныхъ для населенія. Съѣзду врачей на основаніи данныхъ научныхъ приходится разрабатывать и практическіе вопросы; въ особенности является необходимость разработать способы предохраненія страны отъ эпидемій.

Въ Ригѣ 16—20 XII. состоится совѣщаніе представителей Финляндіи, Эстоніи, Латвіи, Литвы для разрѣшенія этого вопроса. Чтобы его правильно рѣшить, нужна авторитетная поддержка врачей всѣхъ заинтересованныхъ странъ. Слѣдов., съѣзды врачей важны и въ этихъ отношеніяхъ.

Jankowsi — Riga hebt hervor, dass die Frage der Einberufung im Jahre 1923 eines Kongresses der Vertreter der Balt. Staaten in Riga besprochen und im Prinzipe beschlossen worden ist. Jetzt, wo der kompetente I. Estn. Aerztekongress diese Frage anregt, wird dieses in Latwija warm begrüsst werden. Sicherlich wird auch ein Modus der endgültigen Regelung der Einberufung des Kongresses sich finden.

Luiga — Tallinnast paneb ette küsimuse harutamist edasi lükata ja presiidiumi hooleks jätta pühapäevasel üldkoosolekul esineda vastavate ettepanekutega.

See ettepanek võetakse vastu.

*

28) Prof. Dr. Taavi Laitinen, Helsingfors: **Die Alkoholfrage in der Beleuchtung einiger wissenschaftlichen Untersuchungen der allerletzten Zeit.**

Bei der gedrängten Zeit, die mir zur Verfügung steht, kann ich nur einige neueste diesbezügliche Untersuchungen anführen. Erstens möchte ich die in theoretischer Hinsicht sehr interessanten Untersuchungen Dr. Gerhard Wagner's[1]) (Kiel) über den Einfluss des Antigen-Alkohols auf die Wassermann'sche Reaktion erwähnen. Wie bekannt, sind für die Wassermann'sche Reaktion folgende Flüssigkeiten notwendig: das zur Untersuchung genommene Serum, die Antigenmischung spezifischen oder nicht spezifischen

1) Gerhard Wagner. Ueber den Einfluss des Antigen-Alkohols auf die Wassermann'sche Reaktion. Zeitschrift f. Immunitätsforschung, Bd. 30. H. 1, 1920.

Ursprungs, die Hammelblutkörperchen, das Meerschweinchenkomplement und noch physiologische Kochsalzlösung zur Verdünnung genannter Stoffe. A. v. Wassermann hat ursprünglich nur wässerige Lösungen angewandt, später aber auf Empfehlung mehrerer Autoren hat man allgemein alkoholhaltige Antigenlösung benutzt, weil sie bedeutend haltbarer sind. Schon mehrere Forscher haben darauf hingewiesen, dass der Alkohol bei dieser Reaktion störend wirken kann. So z. B. G. Satta und A. Donati glauben, dass der Alkohol die antikomplementären und die spezifischen Eigenschaften des Extraktes verstärke und nach dazu, dass unter gewissen Bedingungen einige luetische Sera durch kleine Alkoholmengen antikomplementäre Eigenschaften annehmen. Sachs und Rondoni haben gefunden, dass der Alkohol die Reaktionsfähigkeit der Lipoide verstärkt.

Jetzt hat Gerhard Wagner die Einwirkung des in dem Antigen gewöhnlich enthaltenden Alkohols genauer untersucht und es hat sich dabei gezeigt, dass die verschiedenen Sera und die verschiedenen Cerebrospinalflüssigkeiten sich gegen den Alkohol ganz verschieden verhalten, so dass es gibt nach ihm, alkoholpositive und alkoholnegative Sera und Cerebrospinalflüssigkeiten und noch unentschieden reagierende Sera. Es seien hier einige Beispiele angeführt:

1) Stark mit Alkohol reagierendes Serum:

Alkohol + Serum		Alkohol ohne Serum	
0,3	++++*)	0,3	++++
0,275	++++	0,275	++++
0,25	++++	0,25	++++
0,225	++++	0,225	±
0,2	++++	0,2	±
0,175	++++	0,175	—
0,15	++++	0,15	—
0,125	++++	0,125	—
0,10	++++	0,1	—
0,075	++++	0,075	—
0,05	++++	0,05	—
0,025	++++	0,025	—

Dieses Serum zeigt eine weitgehende Beeinflussung auch durch die geringsten Alkoholmengen (0,025); eine völlige Hemmung der Hämolyse. Die Versuchsserie „Alkohol ohne Serum“ zeigt, dass die Einwirkung des Alkohols kaum auf die antikomplementäre Wirkung des Alkohols zurückgeführt werden kann.

---

*) ++++ = Blutkörperchen ungelöst, darüberstehende Flüssigkeit ungefärbt.
+++ = Blutkörperchen ungelöst, darüberstehende Flüssigkeit schwach rosa gefärbt.
++ = „grosse Kuppe“.
± = „kleine Kuppe“.
— = Blutkörperchen völlig gelöst.

2) Alkoholnegatives Serum:

Alkohol + Serum		Alkohol ohne Serum	
0,3	++++	0,3	++++
0,275	++++	0,275	++++
0,25	+++	0,25	+++
0,225	++	0,225	++
0,2	—	0,2	—
0,175	—	0,175	—
0,15	—	0,15	—
0,125	—	0,125	—
0,1	—	0,1	—

Hier bemerken wir gleich die vollkommene Uebereinstimmung zwischen den beiden Versuchsreihen: mit und ohne Alkohol, und zufolge dessen, dass alle Sera vom Alkohol nicht so beeinflusst werden, wie das erstgenannte.

3) Ein „unentschieden" reagierendes Serum:

Alkohol + Serum		Alkohol ohne Serum	
0,3	++++	0,3	++++
0,225	++++	0,275	++++
0,25	++++	0,25	++++
0,225	++	0,225	±
0,2	++	0,2	—
0,175	±	0,175	—
0,15	—	0,15	—
0,125	—	0,125	—
0,1	—	0,1	—

„Zwar ist auch hier noch eine gewisse Neigung zur Hemmung der Hämolyse ausserhalb der Zone der Alkohol-Eigenhemmung unverkennbar, aber es wäre unvorsichtig, aus so geringen Unterschieden Schlüsse ziehen zu wollen", meint der Verfasser.

Von den 97 genau untersuchten Sera hat Wagner als alkoholpositiv 44, alkoholnegativ 39 und unentschieden 14 gefunden und von den untersuchten 7 Proben des Liquor cerebrospinalis als alkoholpositiv 4, alkoholnegativ 3. Also in beiden Fällen mehr als die halbe Anzahl (alkoholpositiv + unentschieden zusammen genommen).

Aber dies alles geschieht ja in vitro. Jetzt ist die grosse Frage wie das genossene Alkohol in vivo, insbesondere im menschlichen Körper, sich mit den verschiedenartig reagierenden Blutsera verhält. Es kommen ja ansehnliche Mengen Alkohol im Blute, wenigstens in den ersten 1—2,5 Stunden nach dem Alkoholgenuss vor, wie auch die zuletzt von Mellanby, Vernon und Mc. Dougall veranstalteten Untersuchungen zeigen. Ob das „alkoholpositive" Blutserum mehr Alkohol ins Blut zieht und dort denselben eine längere Zeit zurückhält, als das alkoholnegative, somit leichter Anlass zur Alkoholvergiftung und schweren Veränderungen (Delirium u. s. w.) im Körper gibt? Oder ist es, umgekehrt, so, dass das alkoholpositive Blutserum die Oxydation und Vernichtung des Alkohols befördert? Diese und noch andere Fragen sind durch weitere Untersuchungen zu klären, wobei der Alkoholgehalt des zur Untersuchung genommenen Blutes beachtet werden muss.

Ich habe mich in allerletzter Zeit mit diesbezüglichen Untersuchungen beschäftigt, aber nur einige einwandfreie Fälle bis jetzt untersucht und diese Fälle lassen bis auf weiteres keine sicheren Schlüsse zu. Es sei bei der Gelegenheit aus meinen früheren Untersuchungen[1]) (wobei jedoch die zurzeitige Alkoholmenge der untersuchten Blutsera garnicht beachtet wurde), erwähnt, dass die Komplementfähigkeit des Blutserums der Alkoholiker „was however not much affected" im Verhältnisse der Blutsera der Abstinenzler.

Aus den neueren Alkoholuntersuchungen verdienen die experimentellen Versuche von Edward Mellanby[2]), Professor an der Londoner Universität, besondere Aufmerksamkeit. Dieselben behandeln das Eindringen des Alkohols ins Blut sowohl beim Menschen als bei den Tieren (Hunde) und ganz besonders die Bestimmung der Menge des Alkohols im Blute nach Ablauf von 1, $1^1/_2$, 2, 3, 5, 6 u. s. w. Stunden nach dem Eingeben. Dabei hat sich herausgestellt erstens, dass der Alkohol aus dem Magen und Darmkanal sehr rasch ins Blut eindringt, besonders am „nüchternen" Magen, so dass das Alkoholmaximum im Blute bereits 1—2 Stunden nach dem Einnehmen angetroffen wird und dann allmählich daraus, durch die Oxydation u. a., verschwindet, jedoch so langsam, dass man noch nach 19 Stunden Spuren davon im Blute findet. Zweitens zeigte es sich, dass je mehr Alkohol eingegeben wurde, desto mehr konnte man ihn im Blute nachweisen. Wenn der Hund z. B. 65, 50, 30 und 20 cm^3 Alkohol bekam, so war im Blute 2 Stunden nachher 445, 420, 265 und 135 mgr. Alkohol in 100 cm^3 Blut vorhanden. Der Intoxikationseffekt aber bei den Menschen war immer verhältnismässig grösser als die Vermehrung der eingenommenen Alkoholdosis. Den Intoxikationseffekt bestimmte Mellanby durch Zeichnenlassen verschiedener Figuren zu verschiedenen Zeiten nach dem Alkoholgenuss.

Es zeigte sich noch, dass die Konzentration der Alkohollösung bei dem Eindringen in das Blut keine besondere Rolle spielt. Wenn der Alkohol z. B. in 20%- oder 5%-Lösung eingenommen wurde, so befand sich im Blute 1—2 Stunden nachher 488 und 442 mgr. Alkohol in 100 cm^3 Blut, also garnicht im Verhältnis zur Konzentration. Nahezu ebenso in den Versuchen mit den englischen Nationalgetränken Whisky in 22,5%-Lösung, Stout (dunkles, dickes Bier) 5,5% und verdünnte Stout 3,9% Alkohol enthaltend, wobei die resp. Mgr.-Zahlen nach 2 Stunden 488, 420 und 380 in 100 cm^3 Blut waren. Stoutalkohol wurde doch jedenfalls in den ersten Stunden etwas langsamer in die Blutbahn resorbiert als die 5%-Alkohollösung als solche. Nach 4 Stunden aber war im Blute ebensoviel Alkohol, dessenungeachtet ob es in stärkeren oder schwächeren Konzentrationen eingenommen wurde. Es ist noch zu merken, dass in den Fällen, wo der Alkohol in stärkeren Konzentrationen eingegeben wurde, der Alkoholgehalt des Blutes in den ersten Zeiten, 1—2 Stunden, etwas höher war als in den Fällen, wo der Alkohol in schwächeren Konzentrationen benutzt wurde; der in schwächeren Lösungen (z. B. Bier) sich befin-

1) Laitinen. Influence of Alcohol on the human body especially on human offspring. Annales Academiae Scient. Fenniae. Ser. A, T. II, № 1.

2) Mellanby. Alcohol and alcoholic intoxication. British Journal of Inebricty. Vol. XVII, № 4, 1920.

dende Alkohol ist überhaupt etwas langsamer in die Blutbahn geraten, weil die resorbierbare Flüssigkeitsmenge in den letzteren Fällen so ungeheuer viel grösser war, um dieselbe Alkoholmenge in allen Versuchen zu bekommen. Der aus schwächeren Lösungen langsamer ins Blut geratene Alkohol verschwindet aber auch langsamer aus dem Blute, so dass man nicht ganz genau weiss, was eigentlich vorteilhafter wäre.

Professor Mellanby untersuchte weiter, welche Bedeutung für die Resorption des Alkohols die verschiedenen Speisen (Fleisch, Butterbrot, Milch), sowie Wasser haben und ganz besonders die verschiedenen Zeiten nach dem Essen, und noch wie der während der Mahlzeit eingenommene Alkohol resorbiert wird. Aus diesen Untersuchungen sei nur hervorgehoben, dass der während der Mahlzeit oder kurz nach derselben eingenommene Alkohol etwas langsamer in das Blut resorbiert wurde, wenn das Essen nicht aus Fleisch bestand; Butterbrot und Milch und besonders das Milchfett schien die Resorption des Alkohols etwas zu verhindern, das bevor eingenommene Wasser dagegen schien dieselbe zu befördern.

Dr. H. M. Vernon[1]), Oxford, hat mit treffenden Versuchen die Alkoholintoxikation beleuchtet. Als Versuchsobjekte waren er selbst und noch sieben andere Personen, 4 Männer und 3 Frauen, wobei die durch den eingenommenen Alkohol hervorgerufenen Vergiftungserscheinungen durch Störungen in der neuromuskulären Koordination beim Maschinenschreiben konstatiert wurden. Die Versuchsperson hatte sich früher geübt einen Satz von 91 Worten mit 376 Buchstaben auswendig in 100 Sekunden nahezu fehlerfrei (2—3 Fehler) mit der Maschine niederzuschreiben und schrieb denselben immer nun im Alkoholversuche je 4 mal nacheinander: erst absolut nüchtern, dann 1 Minute, 1, 2, $3^1/_2$, 7, 13 und 20 Stunden nach der Einnahme von Alkohol und die dabei gemachten Fehler wurden registriert. Es wurden gebraucht alkoholische Lösungen von 22,5%, 10%, besonders aber schwächere von 3, 4 und 5%. Die auf einmal eingenommene Alkoholmenge war z. B. 45 cm^3.

Bei den Untersuchungen Vernon's hat es sich nun herausgestellt, dass die Fehlerzahl durch Alkoholeingaben immer stieg und dass das Schreiben selbst langsamer geschah. Es ist merkwürdig, wie kleine Alkoholgaben sich dabei geltend machten. Die kleinste Alkoholgabe, die bei einem erwachsenen Mädchen mit Schreibmaschine nachweisbare Störungen in der neuromuskulären Koordination hervorrief, war 11,2 cm^3. Das finde ich darum recht interessant, dass ich[2]) selbst früher mit serologischen Methoden bei Versuchstieren konstatiert habe, dass die Herabsetzung des normalen Widerstandes derselben durch 0,1 cm^3 Alkohol per Kilogramm Tier und per

---

1) Vernon. Alcohol and Industrial. Efficiency and The Influence of dilution on the Toxic Action of Alcohol Liquids. The British Journal of Inebricty, in mehreren Heften, J. 1921.

2) Laitinen. Über die Einwirkung der kleinsten Alkoholmengen auf die Widerstandsfähigkeit des tierischen Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Nachkommenschaft. Bericht über den XI. Internationalen Kongress gegen den Alkoholismus. Stockholm 1907.

Tag, eine Zeit lang fortgesetzt, mit genau litriertem Diftorietoxin zu konstatieren war und diese Menge wäre für einen erwachsenen Menschen (von 75 kg. Gewicht) 7,5 cm³ Alkohol entsprechend, somit es sehr wahrscheinlich ist, dass die niederste nachweisbare toxische Alkoholdosis für einen erwachsenen Menschen zwischen 7,5—11,2 cm³ liegt.

Vergleichen wir die Resultate Mellanby's mit denselben Vernon's, so merken wir, insbesondere darin, dass dieselben mit einander übereinstimmen, dass sobald die Alkoholmenge im Blute am höchsten ist, so auch die dadurch hervorgerufenen Störungen im Gehirn am deutlichsten sich äussern, und zwar ist die Fehlerzahl bei mittelgrossen Alkoholdosen und mit mittelstarken Konzentrationen etwa 1—1½ Stunden nach Alkoholeingabe am grössten.

Nach Vernon sind die Störungen um 50 grösser und gehen um 50 langsamer vorüber, je grösser die eingenommenen Alkoholmengen sind, obwohl der Effekt immer rascher steigt, als die Alkoholmengen. Wenn er z. B. 30 cm³ Alkohol in 3% Lösung einnahm, war die höchste Fehlerzahl 6 und die Vergiftung-Störung verschwand nach ca. 3 u. 4 Stunden; nahm er aber 45 cm³, 60 cm³ und 90 cm³ in derselben Konzentration (3%) ein, so waren die resp. höchsten Fehlerzahlen 8, 14 und 20—24. Vernon hat, wie auch Mellanby, beobachtet, dass der Alkohol in schwächeren Konzentrationen etwas langsamer in der Blutbahn resorbiert wird, als in stärkeren und dass der mit dem Essen eingenommene Alkohol in den 2—3 ersten Stunden langsamer ins Blut gerät. „It will be seen that, whilst the toxic action of the alcohol increased but slowly during the first two hours after food, and again from three and a half hours onwards, it showed a very rapid rise between these two time intervals. The excess of mistakes was more thran doubled in the one and a half hours".

Die Arbeiten Vernon's enthalten noch mehr Interessantes, ganz besonders über die Einwirkung der Verdünnung verschiedener alkoholischer Getränke auf die hervorgerufene Vergiftung durch dieselben. Bei ihm selbst äusserte sich die Alkoholvergiftung im Unvermögen gerade zu gehen und in 18 Fehlern beim Maschinschreiben des früher genannten Aufsatzes bei Genuss 50—60 cm³ Alkohol in 20%-Whisky, von ca. 70 cm³ Alkohol im 5% Bier, von ca. 85 cm³ Alkohol in 5%-Whisky und von 100 cm³ im 4%-Bier, wogegen im 3%-Bier noch viel mehr Alkohol dazu notwendig gewesen wäre, so dass es nach ihm kaum möglich wäre, sich mit 3%-Bier zu berauschen, weil davon eine Menge durch Oxidation vernichtet wird: „Beer differs from whisky in that it has a relatively greater effect on the typing time and a relatively less effect on the typing mistakes. Claret has nearly the same effect as whisky of equal alcoholic strength".

Professor Mc. Dougall und Miss May Smith[1]) haben die von Vernon erhaltenen Resultate darin ergänzt, dass der Alkohol in Ermüdungszuständen (nach anstrengender Arbeit, Radfahren u. s. w.) noch mehr vergiftend wirkt als im Ruhezustande.

Die neueren Untersuchungen betreffend Alkohol und Nachkommenschaft sprechen eindeutig dafür, dass der Alkohol in dieser Hinsicht

---

1) The effect of Alcohol and some other Druggs during Normal and Fatigued Conditions. London (Buch).

nachteilich ist. Die Versuche mit Vögeln Raymond Pearl's[1]) z. B. zeigen, dass der Aethylalkohol, sowie einige andere ähnliche Stoffe, wenigstens zum Teil die Entwicklungsfähigkeit der Eier zu stören scheinen. Wenn z. B. die Hähne aber nicht die Hühner mit Aethylalkohol behandelt wurden (auf dem Wege der Inhalation), waren von den Eiern nur 63,3% entwicklungsfähig; die Behandlung mit Aether ergab 69,9%; diejenige mit methylalkohol nur 37,6%, entwickelungsfähige Eier, wogegen 76,8% der Eier der mit Alkohol etc. nicht behandelter Hähne und Hühner entwicklungsfähig waren. Waren dagegen sowohl die Hähne, wie auch die Hühner mit Alkoholinhalationen behandelt, so waren von den Eiern nur 40,8% entwickelungsfähig.

Die statistischen Untersuchungen des Schularztes Robert Hughes[2]) haben gezeigt, dass der Alkoholismus der Eltern geringere Begabung der Schulkinder verursacht. Wenn z. B. die Mütter oder die Väter oder beide Trinker waren, so waren 20% der Kinder nennenswert weniger begabt; waren die Grosseltern unnüchtern gewesen, so war 6,1% der Kinder in der dritten Generation weniger begabt.

Meine eigenen Untersuchungen[3]) haben gezeigt, dass der Alkohol in sehr schwachen Konzentrationen und nach verhältnismässig kurzer Einwirkungszeit die normale Keimung verschiedener Samen verhindert oder wenigstens verlangsamt.

Zum Schluss kann ich nicht unterlassen mit einigen Ziffern zu erläutern, um wie viel die sterblich endenden Alkohol-intoxicationen z. B. in der Stadt New-York während des Alkoholverbotes abgenommen haben. Das Alkoholverbot der Kriegszeit hat schon nennenswert dazu beigetragen, das Verbotsgesetz aber scheint das Werk zu krönen.

Todesfälle durch Alkoholvergiftung in New-York

im Jahre	1916	687
„	1917	560
„	1918	252
„	1919	176
„	1920	98 (Totalverbot).

Aus dem vorstehenden Referate möchte ich folgende Schlussfolgerung ziehen.

Die wissenschaftlichen Untersuchungen auch der allerletzten Zeiten scheinen immer klarer dafür zu sprechen, dass die alkoholischen Getränke ein entbehrliches und gefährliches Genussmittel darstellen und als solches aus dem allgemeinen Gebrauche abzustellen sind.

---

1) Courtenay C. Wecks. The experimentale Modification of Serum colls. The British Journal of Inebriety, vol. XIX, № 2. 1921.

2) Rob. Hughes. Conclusions based on results of a statistical inquiry on the prevalence of alcoholic intemperance in the families of mentally defective schoolchildren. Ibidem.

3) Laitinen. The effect of alcohol on germination. The British Journal of Inebricty, vol. XVIII, № 4. 1921.

Läbirääkimised. Diskussion.

Puusepp: Относясь съ уваженіемъ къ громаднымъ заслугамъ Laitinen'a, всемірно извѣстнаго борца противъ алкоголизма, хотѣлъ бы возражать ему въ томъ, что опыты Kraepelin'a указываютъ на повышеніе работоспособности въ первый моментъ по пріемѣ алкоголя; затѣмъ необходимо поставлять опыты съ тѣми, кто придерживается алкоголизма; затѣмъ нужно паралельно съ опытами Bertillon'a указать на значеніе алкоголизма въ распространеніи прогрессивн. паралича, какъ показываютъ между прочимъ и работы Григорьевскаго.

J. Luiga: Alkoholi mõju kohe pärast alkoholi tarvitust on selge ja tugev. Peaks ekperimentides enam tähele panema inimese seisukorda näit. 24 tunni peale alkoholi tarvitamist. Sest alkoholi tarvitajad tõendavad, et nemad üks teatav aeg (päev, kaks päeva) kergendust tunnevad ja tööjõu kasvu. Eesolevad tabelid jälgivad alkoholi kahandavat mõju kohe pärast alkoholi tarvitust.

Neggo: Palun prof. Laitinen'i seletust anda alhoholi mõjust sisemise sekretsiooni kohta, mille pääle iseäranis Prantsuse teadusemehed tähelpanu pöörnud.

Béchamp: Tout le monde est d'accord pour estimer que l'alcool est un poison et que l'alcoolisme est un fléau social.

J'estime, qu'il faut simplement s'entendre sur la signification du terme: alcoolisme. Il faut savoir, si l'alcool, employé comme boisson à dose moderée et à faible concentration (vin, cidre, bière legère) soit acceptible d'engendrer l'alcoolisme.

En tout cas les statistiques montrent, que dans les regions vinicoles, l'alcoolisme est à peu près inconnu.

Laitinen: Die erste sogenannte stimulierende Wirkung des Alkohols, wie die Resultate zeigen, scheint sich gar nicht geltend zu machen. Bei den Versuchen Mellanby's steigt die Alkoholmenge im Blute stossweise entsprechend der Menge des Alkohols und beruht darauf, ob man bei nüchternem Magen vor einer kürzeren oder längeren Zeit nach dem Essen Alkohol einnimmt.

Auf die innere Sekretion scheint Alkohol wenigstens so einzuwirken, dass die natürliche Widerstandsfähigkeit der Versuchstiere nennenswert herunter geht. Auf dem internationalen Kongresse gegen Tuberkulose in London sagte auch der französische Professor Bronerdel, dass Alkoholismus die Verbreitung der Tuberkulose befördert.

Es stimmt, wie Dr. Luiga sagte, dass der alkoholgeniessende Mensch wenigstens etwas Alkohol erfordert, um sich gesund, arbeitsfähig uud gut zu fühlen. Das ist aber ein unnormaler Zustand.

*

29) Dr. med. J. Brennsohn, Riga: **Skizzen aus dem Medizinalleben Alt-Estlands.**

Estland war die kleinste Provinz im ehemaligen Russland, dabei besass es das bestentwickelte Sanitätswesen, welches mustergültig war und sicher allgemeine Nachahmung gefunden hätte, wäre nicht der Weltkrieg dazwischen getreten. Aus kleinen Anfängen hatte es sich zur damaligen Höhe emporgeschwungen, das Land war in eine grosse Anzahl von Sanitätsbezirken geteilt,

denen Sanitätsärzte vorstanden, ein Netz von kleinen Landhospitälern durchzog das estländische Gebiet und die Entwickelung des Sanitätswesens machte von Jahr zu Jahr grosse Fortschritte.

Von dieser segensreichen Entwickelung ein Bild zu entwerfen, hatte ich mir in der Einleitung zu der Arbeit „Die Aerzte Estlands“ zur Aufgabe gestellt.

Gestatten Sie mir nun, dieser Arbeit einige kurze Skizzen aus dem Medizinalleben Alt-Estlands zu entnehmen, die eine Illustration des Lebens, Denkens und der Schwierigkeiten der damaligen Aerzte bieten könnten.

Da das Land keine eigenen medizinischen Bildungsstätten besass, so wurden Medizinalpersonen, namentlich die Stadt-Physici, aus Deutschland berufen. Ganz wie in Deutschland besass Estland seine Innungen und Zünfte und seine Einteilung des Medizinalpersonals in Bader, Barbiere und gelehrte Aerzte. Fast so streng wie die indischen Kasten waren diese drei Gruppen von einander getrennt und wehe, wenn sie sich Uebergriffe in die Rechte und Privilegien, die diese Gruppen von einander schieden, gestatteten. Nicht nur endlose, jahrelange Klagen und Prozesse waren die Folge davon, sondern häufig genug Ausschreitungen und Tätlichkeiten.

Es mutet uns seltsam an, dass die gelehrten Aerzte sich nur mit Behandlung innerer Krankheiten beschäftigten und es für unter ihrer Würde hielten, Wunden zu behandeln. Und auch die Behandlung der verschiedenen Arten von Wunden war mit Privilegien versehen und Beschränkungen unterworfen. So hatten nur die Barbiere, die sich selbst Chirurgici nannten, das Recht auf Behandlung frischer Wunden und für sie wieder galt es als wenig ehrenvoll, sich mit Behandlung von chronischen Geschwüren abzugeben, wofür die Bader allein gut genug waren.

Die Barbiere waren die Chirurgen des Mittelalters fast bis in die neueste Zeit hinein. Und nach den Berichten zu urteilen, schienen sie auch ihre Sache zu verstehen. Sie hatten ja auch eine lange Lehrzeit durchzumachen, drei Jahre als Lehrlinge, sechs Jahre als Gehilfen, bevor sie Meister wurden; manche von ihnen hatten auf ausländischen chirurgischen Spezialanstalten studiert.

So berichtet der Revaler Stadtphysikus Dr. med. Gebhard Himsel, dass in seiner und Prof. Cunitius Gegenwart der Barbier Johann Türk am 25. Juli 1662 einem Weibe die krebsige Brust entfernt habe und die Kranke geheilt sei; dass der Barbier Georg Müller am 21. Februar 1662 einer Magd ein Gewächs hinterm linken Ohr, in welchem viel Haar gewesen sei, entfernt und dass er am 9. Februar 1664 einen Jungen aus Hapsal glücklich operiert habe. Auch vom Barbier Georg Ludwig berichtet Dr. Himsel, dass dieser Barbier einem Weibe ein Gewächs von der rechten Seite der Backen und des Halses, welches $5^1/_2$ Pfd. gewogen, operiert und dass diese glücklich kuriert sei.

Aber nicht immer waren die Beziehungen zwischen den gelehrten Ärzten und Barbieren so friedlicher Natur; häufig genug kam es zu Streitigkeiten und Klagen.

Ausser den einheimischen Barbieren wurden spezielle Gebiete der Chirurgie von Wanderärzten ausgeübt, von Spezialisten, die sich selbst Okulisten, Stein- und Bruchschneider nannten. Die Wanderärzte befassten sich aber auch unrechtmässiger Weise mit inneren Kuren, standen auf den Jahrmärkten in auffallender Kleidung aus und boten ihre Medikamente in markt-

schreierischer Weise feil. Wenn sie von den gelehrten Ärzten wegen Behandlung innerer Krankheiten verklagt wurden, entschuldigten sie sich damit, dass sie doch nur chronische Übel behandelten, die die gelehrten Ärzte ja gar nicht behandeln wollten und könnten.

Ein charakteristisches Bild des damaligen Medizinallebens gewährt die Klageschrift des bereits oben erwähnten Stadtphysikus Himsel an den Rat in Reval aus dem Beginn seiner Praxis im J. 1638 gegen einen Wanderarzt, der ihm eine Patientin aus seiner besten Klientel, die Tochter des Obristen Wrangell, entzogen hatte.

Himsel spart nicht kräftige Worte, um seinen Ärger und Verdruss auszudrücken. „Alle redlichen Medici und Doctore, denen dieser Bube nicht wert ist, die Schuhe zu wichsen, practiciren öffentlich und schreiben ihre Recepte in die Apotheke. Und was darf sich denn dieser Ignorant einbilden". — „Letzlich, dass ich mündlich und schriftlich solches nichtswürdigen Landstreichers, der an keinem Orte, wie seine testimonia ausweisen, die zwar auswendig genug prahlen, inwendig aber voller Unflath und solches groben bacchantischen Lateins sind, dass man Ratten damit fangen könnte, Erwähnung getan u. s. w." — „Wenn ein fremder Schuster oder Schneider — höherer Officinen zu geschweigen — wollte anherokommen und seines Gefallens pfuschen und arbeiten, würde man es ihm gestatten? Ein solch' abgefeimter Lotterbube aber, der nichts Redliches seiner Tage gelernt, wenn er von denen, so er um Gesundheit, Geld, ja Leib und Leben gebracht, Testimonia haben sollte, würde er wohl etliche Fuhrwagen damit beladen können, aber davon redet man nicht, medicinae enim falsae error terra tegitur. Wir medici können es leider nicht dahin bringen, wie alle hohen und niedrigen Ämter und Zünfte. Aber was soll ich dazu sagen, wenn ich eines redlichen Mannes Fleiss, Unkosten und Arbeit, da man Tag und Nacht über den Büchern gesessen, bei gelehrten Leuten und in den Laboratorien zugebracht, nicht besser sollte erkannt und ihm ein solcher leichtfertiger Schelm noch vorgezogen werden. Da möchte man fast desperiren und wünschen, lieber der schlechteste Idiot, als ein Gelehrter zu sein, weil es doch gleichviel gelten soll".

So wetterte und klagte Dr. Himsel, aber es scheint, dass er keinen Erfolg hatte, denn nach einigen Jahren treffen wir denselben Wanderarzt (Lader) wieder in Reval und im Besitz belobigender Atteste seitens des Rates.

Wir ersehen schon aus dieser Klageschrift, dass die materielle Lage der gelehrten Ärzte nichts weniger als glänzend, ja sogar häufig verzweifelt war. Jahrelang erhielten sie wegen schwerer finanzieller Nöten der Stadt Reval ihr Gehalt nicht ausgezahlt. So klagt ein Vorgänger von Himsel, der Stadtphysikus Dr. Jacob Prätorius (1612—23), dass ihm seit fünf Jahren sein Salär nicht ausgezahlt sei und schliesst seine Epistel mit den Worten des Philosophen Seneca:

Qui cito dat, bis dat, sed qui dare forte recusat
Ingrata obtingent munera; grata prius.

Auch zwischen Apothekern und Ärzten kam es zu häufigen Misshelligkeiten. Auch die Apotheker griffen nicht selten in die Rechte der Ärzte ein, welche darüber beim Rat Klage führten. Ein interessanter Streit ist uns aus dem Jahre 1495 zwischen dem damaligen Stadtphysikus Johannes Petri und

dem Apotheker Konrad Malstrop bekannt. In einem Schreiben des Bischofs Johannes III. Orgies von Ösel-Wiek an den Revaler Rat vom 4. März 1495 heisst es inbetreff dieses Streites: „Da Eure Fürsicht den würdigen Doctor Johannes Petri als Euren Arzt angenommen haben, so hören wir, dass er mit Euerm Apotheker etliche Misshelligkeiten haben soll. Ein solcher Zwist zwischen den beiden ist aber sehr arg und unnütz, denn der Apotheker ist der Koch des Arztes. Wenn der Apotheker dem Arzt aus Arglist und Hass Uebles tun will, so wäre das sehr gefährlich für die Kranken, die der Arzt gern gesund machen wollte."

Die Ansicht des Kirchenfürsten über die Möglichkeit der Schädigung der Kranken seitens des Apothekers aus Chikane gegen den Arzt charakterisiert die moralischen Begriffe jener Zeit.

Mit Eifersucht wahrten die Menschen jener Kulturepoche ihre Rechte auf den ihnen zukommenden Rang und fremd muten uns ihre Rangstreitigkeiten an. So beansprucht der schwedische Garnisons-Medicus und Landphysikus Enitzel als königlicher Beamter den Vorrang vor dem Stadtphysikus Happel und in der Kirche einen Platz im Ratsstuhl über dem des Stadtphysikus, was aber der Rat nicht zugestand.

Wenngleich immer wieder lobenswerte Ansätze zu einer richtigen Hygiene gemacht wurden, so lagen die hygienischen Bedingungen im Einzelnen noch sehr im Argen. Die Strassen Revals im Mittelalter waren schmutzig, aller Abfall wurde auf dieselben geworfen und sie wurden nur einmal wöchentlich, am Sonnabend, gereinigt.

Den pestartigen Krankheiten, den Seuchen, stand man damals wegen des mangelnden Verständnisses über die Verbreitung von Infektionskrankheiten und wegen des schlechten Zustandes der Hygiene fast wehrlos gegenüber.

Die Verheerungen, die diese „Pesten" anrichteten, machten einen niederschmetternden Eindruck auf die Zeitgenossen. Die Berichte jener Zeit erscheinen uns, Kindern einer in hygienischer Hinsicht glücklichern Epoche, undenkbar, übertrieben. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass sich solche Szenen, wie die geschilderten, abgespielt haben. Sehr zuverlässig und genau sind wir über die letzte, die schreckliche Pest in Estland im Jahre 1710 unterrichtet. Die Sterblichkeit war eine enorme und die Totenlisten hören vom 12. September 1710 bis zum 3. Januar 1711 in Reval ganz auf, weil man nicht mehr die Menge der Toten verzeichnen konnte und sich auch Niemand dazu fand. Fast alle Pastoren starben aus; auch die Ärzte, mit Ausnahme des Dr. Mihlius, fielen der Seuche zum Opfer. Der Rat, ausgenommen drei Personen, starb mit allen Sekretären fast zwei Mal aus. Vom 23. August 1710 bis 6. März 1711 war kein einziges Kind in der Nikolai-Kirche getauft worden. Schon im Juli 1710 war die Sterblichkeit in Reval eine vermehrte; am 26. August kamen die Russen und der damalige Vize-Gouverneur Patkul liess den ganzen Tönnisberg und einen grossen Teil der Vorstadt einäschern, so dass die flüchtenden Leute auf den Wällen unter dem blossen Himmel liegen mussten. Die Seuche wurde immer heftiger und es fielen täglich hunderte ihr zum Opfer. Im ganzen sollen damals in Reval und der Umgegend der Stadt 40 000 Menschen an der Pest umgekommen sein.

So war das Jahr 1710 mit Grauen und Schrecken dahingegangen; die Seuche hatte in Stadt und Land derart unter den Menschen aufgeräumt, dass

es überall an Hilfskräften gebrach und sich das Land weithin mit dichtem Busch bedeckte, weil Niemand die Felder bestellen konnte. Die Folgen dieser Pest waren noch viele Jahrzehnte hindurch zu spüren, ja, wie manche meinen, sogar bis in die neueste Zeit hinein.

Von andern Seuchen ist das erste Erscheinen der Syphilis zu erwähnen, die in Reval nach der Entdeckung Amerikas infolge des regen Handelsverkehrs mit Spanien früh auftrat. Das Kämmereibuch berichtet darüber, nennt sie „eine grausame Plage", gehiessen „mala franzosa" oder die „spanschen Pocken". Eine schwere Epidemie dieser Krankheit herrschte in Reval 1495/96 und 1519/20.

Seitdem Estland Russland angegliedert war (seit 1710), hatte es bis zum Weltkrieg unter Kriegen und grossen Seuchen im früheren Umfange nicht mehr zu leiden. Nach der Besitzergreifung des Landes durch die Russen blieb zunächst die alte Medizinalverfassung, die noch aus dem Mittelalter stammte, bestehen. Aber in dem Masse, wie sich die Medizinalverhältnisse in Russland entwickelten, bahnten sich auch in Estland andere Verhältnisse an und die für Russland geltenden Medizinalgesetze wurden auch auf Estland ausgedehnt. Nach der Begründung des Medizinal-Kollegiums in Petersburg wurde 1763 allen Medizinalpersonen in Estland vorgeschrieben, ihr Examen an diesem Kollegium abzulegen. Auch diese Massregel wurde nicht sehr streng gehandhabt, doch seit der Begründung der медицинская управа, der Medizinalverwaltung, im Jahre 1797 wurden Bestimmungen eingeführt, auf deren Erfüllung streng geachtet wurde, die die ganze russische Zeit hindurch bis zur Selbständigkeitserklärung Estlands (1918) bestanden. Die russische Verwaltung wurde dann durch die national-estnische abgelöst.

Hatte schon das Sanitätswesen Estlands zur russischen Zeit eine Höhe erreicht, auf die das Land stolz sein konnte, so wird es nun, frei aller Fesseln und Hemmnisse, ich bin fest davon überzeugt, zum Wohle des Landes und zur Ehre des ärztlichen Standes die schönsten Früchte zeitigen.

*

Läbirääkimistel rõhutab Talvik, et väärtuslikust ajaloolisest materjalist, mida Brennsohn'i trükivalmis teos sisaldab, meie ainult lühikese väljalõike praegu kuulda saime. Teos sisaldab palju enam, niikui juhus oli hiljuti Riias näha, iseäranis suure hulga senini avaldamata ajaloolisi dokumente arstliselt alalt. Tungivalt soovitav, et töö ruttu trükki läheks, mida tarvis subskriptsiooni teel võimaldada. — Seda peaks kogu meie arstkond toetama, rahvuse ja keele pääle vaatamata.

*

30) Dr. A. Mõttus, Tallinnast: **Tervishoiu seisukord Eestis 1919—1920 a.** (La position de l'hygiène en Esthonie à 1919—1920.) Kõnes ettetoodud materjaalid trükis ilmunud: „E. V. Tervishoiu Peavalitsuse aruanne 1919 ja 1920 a." E. V. Terv. Peav. väljaanne 1921.

*

31) Dr. A. Lossmann, Tallinnast: **Ülevaade arstlise tegevuse ja selle tagajärgede kohta Eesti Vabadussõjas.** (Revue du travail médical et de ses suites dans la guerre d'indépendance d'Esthonie.) Kõnes ettetoodud materjaalid trükis ilmunnd: „Eesti Vabadussõda XI. 1918 — II. 1920. Tervishoidline osa. Sojaväe Tervishoiu Valitsuse väljaanne 1921."

Läbirääkimised. Diskussion.

Pruss: Die angeführte Statistik bietet ein ganz ausserordentliches Interesse. Vor allen Dingen muss hervorgehoben werden, dass die % Zahl der in Lazaretten und Hospitälern Verstorbenen (3,1%) ungefähr der % Zahl der Verstorbenen (3%) in Deutschland während des Weltkrieges entspricht. Die in kurzer Zeit aufgestellten Improvisationen haben also in Estland eine Arbeit geleistet, welche der Arbeit des Militärsanitätsdienstes im bekanntlich hochorganisierten Deutschland gleichkommt. — Grosse Bedeutung für die zukünftige Sanitätsorganisation hat die Statistik der Verwundungen. Im Vergleich mit früheren % Zahlen, ist die Anzahl der Verwundungen durch Artilleriegeschosse (Splitter v. Schrapnels) fast um das Doppelte gestiegen. Da diese Verwundungen meist zu den schweren gehören und auch die Anzahl der schweren Verwundungen durch die Flintenkugel gestiegen ist, wird der Sanitätsdienst im Truppenbereich resp. Divisionsbereich vor bedeutend schwierigere Aufgaben gestellt, sowie im Sinne der Versorgung Verwundeter, als auch im Sinne der Evakuation. — Weiteres Interesse bietet die % Zahl der Kranken im Vergleich zu der % Zahl Verwundeter: sie übersteigt die letztere fast 5 Mal. Natürlich dürfen die Kranken nicht vernachlässigt werden, wie es oft genug vorkommt.

Die genannten Umstände erfordern, dass in der Organisation des Militärsanitätswesens eine beständige progressive Tendenz besteht, dass die Erfahrungen der letzten Kriege im Sinne verschiedener Improvisationen nicht ausser Acht gelassen werden und dass eine weitgehende Aufmerksamkeit der Entwickelung sanitäts-taktischen Wissens geschenkt wird.

Talvik küsib, kas on kindlaks tehtud Eesti vabadussõjas langenud ja haavatud soomlaste arv?

W. Zoege-Manteuffel: Die modernen Kriege imponieren durch die grosse Zahl d. Verwundungen. In der Schlacht auf den Katalaunischen Feldern sind mit der kalten Waffe — eine andere gab's nicht — 275000 Kämpfer umgebracht worden. — Was die Finnländer anlangt, so haben sie ihre eignen Sanitätsorganisationen gehabt, so dass durch die estnischen Sanitätsorganisationen nur ein Teil d. Verwundeten gegangen ist. Daher sind die Zahlen statistisch nicht zu verwenden.

E. Fischer: Für den Kampf mit den Epidemien muss bei allen militärischen Organisationen auch für die Zukunft alles vorbereitet werden. Die Operationen von Denikin und Judenitsch gegen Sowjet-Russland haben gezeigt, was für ein grosses Unheil durch Vernachlässigung oder nicht genügende Beobachtung sanitärer Massnahmen angerichtet wird.

*

32) Prof. A. Rammul, Tartust: **Lähematest ülesannetest tervisholu alal Eestis.** (Sur les tâches prochaines de l'hygiène en Esthonie.) Kõne sekretariaati senini sisse andmata. Ilmub vahest edaspidi.

*

Kell $^1/_2$8 õ., pääle selle kui terve päevakord läbi võetud, lõpetas II aujuhataja, dotsent Dr. Barons koosoleku, tänades kõnelejaid huvitavate ettekannete eest.

Kell 9 õ. oli ülikooli aulas kongressiliikmetele ja kutsutud külalistele muusikaõhtu toime pandud, mis hästi korda läks.

Kongressi teine päev. — Deuxième jour du congrès.

I Sektsioon: Avalik meditsiin. — I Section: Médecine publique.

Koosolek 3. detsembril 1921, k. 9 e. l. zoologia instituudi auditooriumis.

Koosoleku avas sektsiooni juhataja prof. Dr. A. Rammul. Aujuhatajateks valiti prof. Dr. T. Laitinen Helsingist, Dr. E. Sližys Kovnost ja Dr. Ostrow Põltsamaalt, sekretärideks Dr. W. Waddi ja Dr. H. Maddisson Tartust. Kanti ette järgmised 8 eeskava-kõnet:

33) Prof. L. Puusepp (Pussep)-Tartu: **О дефективных и отсталых дѣтях.** (Sur les enfants défectifs et retardés.)

Докладчик привел классификацію отсталости и дефективности, кот. может имѣть практическое значеніе: неуспѣвающіе, отсталые, дефективные, дефективно-отсталые и идіоты.

Такое раздѣленіе дает возможность практически болѣе легко разобраться в вопросѣ об отсталости. Докладчик выдѣляет неуспѣвающих в отдѣльную группу, т. к. эта неуспѣшность может зависѣть не от умственной отсталости, а от других причин, напр. от характера памяти (зрительной или слуховой), от способа заучиванія и от нервной организаціи.

К этим дѣтям должна быть примѣнена другая мѣрка, чѣм ко всѣм остальным и школьные врачи обязаны выдѣлить этих дѣтей и разсматривать их как больных, а не отсталых.

Далѣе докладчик указал, что отсталые дѣти в возрастѣ до 5 лѣт сравнительно легко поддаются обученію и воспитанію и при надлежащем обученіи могут быть впослѣдствіи полезными членами государства. Дефективные менѣе поддаются обученію, но необходимо также обученіе и воспитаніе их начинать возможно раньше, т. к. чѣм раньше обращено на это вниманіе, тѣм это лучше.

Идіоты подлежат помѣщенію в пріюты, чтобы таким образом освободить родителей от тяжелаго бремени, который мѣшает правильно работать и наносит ущерб не только родителям, но и государству.

В заключеніи докладчик высказывает пожеланіе об учрежденіи особой школы для неуспѣвающих и отсталых и пріютов для идіотов, устройство особых курсов для школьных врачей и педагогов, куда бы входила экспериментальная психологія, и необходимость во всѣх случаях неуспѣшности ученика подвергать его спеціальному психологическому изслѣдованію.

Läbirääkimised. Diskussion.

Laitinen: Diese Frage hat eine kolossale rassenhygienische Bedeutung und die Vorschläge des Ref. sind wohl zweckmässig. Ich möchte ergänzungsweise auf die grosse Bedeutung des Alkohols in der Aetiologie der defekten Kinder hinweisen. In der amerikanischen rassenhygienischen Gesetzgebung hat man Alkoholismus, Syphilis, Tuberkulose, einige Geisteskrankheiten usw. beachtet, um die Degeneration der Menschheit zu vermeiden. Bei uns ist die Rassenhygiene bis jetzt sehr vernachlässigt worden.

Madisson: Harku alaealiste kuritegijate koloniis on suur % defektiivseid lapsi ja 95% neist on täiesti ilma hariduseta; samade kalduvustega lapsi on ka koolides olemas, kuid kasvatuse ja hariduse tagajärjel valitsevad nad enese üle kaunis hästi ja neist saavad kasulikud kodanikud; hariduseta jäädes täidavad nad vangimajasid.

Rothberg: Die Einteilung, die der Vortragende gab, hat nur einen relativen Wert, weil zwischen den einzelnen Formen sehr fliessende Übergänge bestehen. Ich möchte ferner darauf hinweisen, dass die Diagnose Imbecillitas schon im frühen Jünglingsalter gestellt werden kann. Im Schulalter wird die Diagnose der leichteren Fälle von Imbecillitas häufiger vom Pädagogen als vom Arzt gestellt. Den Wünschen, die der Vortr. aussprach (Einrichtung von Hülfsschulen für die Zurückgebliebenen, Unterbringung von Idioten in spezielle Anstalten) kann man natürlich nur beipflichten. Zu Prof. Laitinens Bemerkung inbezug auf den Alkohol möchte ich bemerken, dass die Frage der Aetiologie nicht so einseitig zu beleuchten ist. Niemand wird bestreiten, dass eine Keimschädigung durch den Alkohol stattfindet, aber ebenso sicher ist es, dass auch andere Gifte, wie Lues, eine grosse Rolle spielen und dass die Descendenten aus schwer neuro- und psychopathischen Familien, bei Erschöpfung der Mutter usw. gefährdet sind.

H. Jürgenson: По принятому в психологіи принципу разсматривается в душевной жизни отдѣльно ум, чувство и воля. Реф. же раздѣляет дѣтей дефективных только на 1) морально и 2) интеллектуально-дефективных?

Puusepp: Необходимо нам вынести постановленіе об организаціи этого дѣла и сдвинуть его с мертвой точки в особенности теперь, когда

идет строительство нашего государства. Что касается распредѣленія дефективных, то я взял интеллект только для противоставленія нравственности. Проф. Лайтинен совершенно правильно указал на значеніе алкоголизма в этіологіи дефективности и съ этой точки зрѣнія, конечно, необходимо вести и борьбу с причинами заболѣванія, а не только с послѣдствіями.

*

34) Drd. med. H. Maddisson-Tartu: **Mõned märkused kooli tervishoiust.** (Quelques observations sur l'hygiène des écoles.) Kooli tervishoiu statistika peab tõsist pilti andma õppiva noorsoo tervislisest seisukorrast, mis omakord eelduseks on edaspidisele ülesehitustööle sellel alal. Saksa ja Vene (enamlaste) okkupatsioonivõimude lahkumise järele tuli kooli tervishoidline organisatsioon Tartus uuesti luua. See loomistöö pole veel lõpule viidud. Mis puutub eriti kooliarstidesse, siis jagunevad nad meil kolme liiki: linna-, riigi- ja erakoolide arstid; kes kõik isesugustel alustel ametisse valitud. See mitmekesisus organisatsioonis on põhjuseks, et puuduvad ühised alused viljakaks tööks, ühised mõõdupuud ja lähtekohad. Nii hindab iga kooliarst, näit., kehaehitust, toitlust, jume jne. oma subjektiivselt seisukohalt; ainult linna kooliarstid on omavahel neis hindamistes enam-vähem kokku leppinud, nii et ka ainult nende materjaale on võimalik ära kasutada ühiseks ülevaateks. Kooliarstide organisatsiooni ühtlustamise suhtes tuleb kõikide kooliarstide valimine anda omavalitsuste tervishoiu osakondade kätte, jättes üksikule koolile ainult soovitamise õigus. Ainult sarnase korra juures tunneb arst kompetentset asutust oma seljataga ja töö ühistel alustel on kindlustatud.

Edasi on kooliarstide organisatsioon ja tegevuse edu ligidalt seotud kooliarsti ameti põhimõttega: Kas on see pää- ehk kõrvalamet? Siin tuleb küll esimest seisukohta ainsaks õigeks pidada, sest kooliarst peab olema niisama spetsialist omal alal, kui hirurg või psühiaater.

Praegu on suur hulk kooliarste ametis, kes selleks erilist ettevalmistust pole saanud. Nendele tuleks korraldada esialgu perioodilised lühikeseajalised kursused ülikooli juures.

Tervishoiu õpetust tuleb laialt koolide õpekavasse üles võtta, nihutades teda rohkem praktilisele alusele. Keskkoolis õpetatakse praegu tervishoidu 7-das ehk 8-mas klassis, aga algkoolis pole ta õpekavasse üles võetudki. Peab avalikult ütlema, et see on ka osalt arstide süü. Juristid on ses suhtes palju energilisemad olnud ja kodaniku-õpetus on juba algkoolide õpekavas. Eraldi tahaks toonitada suguelu-tervishoiu käsitamise tarvidust keskkooli viimases klassis, mis umbes vastab sugulise valminemise ajajärgule. Kui see ei sünni koolis, siis sünnib see sageli kuskil mujal, mille tagajärjed end valusasti tunda annavad.

Nende üleüldiste märkuste järele vaatame ligemalt Tartu linna koolide ja koolilaste tervishoidlist seisukorda.

Linna algkoolide jaoks on 2 arsti ja uuest aastast pääle ka 2 õde ametis ja nende koolide jaoks on ühine maksuta ambulants. Kel vaesuse tunnistus ette näidata, sellel on ka rohud maksuta; hinnata on ka hammaste arstimine ühes plombeerimisega ja silmade ravitsemine ühes prillidega. Oma hambaarsti kabinetti veel ei ole, kuid ka see avatakse lähemal ajal.

Kooliastujad õpilased vaadatakse nüüdsest pääle enne kooli algust arstliselt üle ja nende kohta täidetakse tervisleht. Endiste õpilaste põhjalik

läbivaatus sünnib sügisese poolaasta algul, ühes tervislehtede täitmisega. Iga kahe nädala tagant teeb arst oma koolides üldise vaatuse, iseäranis kehva tervisega kontrolli-aluseid tähele pannes. Kaalumine ja kasvu pikkuse mõõtmine sünnib teist korda kevadel, enne koolitöö lõppu.

Järgnevad andmed on esimese aasta katse ja on kokku võetud ainult algkooli kohta 1367 õpilasega; sellest 805 poiss- ja 562 tütarlast. Arvu vähesuse tõttu ei või neid keskmisi veel üleüldistada (üleüldse käib Tartu koolides umbes 6000 last).

Andmeid kooliruumide üle on aga 31 koolilt. Nendest tuleb õhku ja põranda pinda: 11 koolis (35,5 %) iga õpilase kohta üle normi; 7 koolis (22,6 %) umbes normile vastavalt (õhku 4—5 m^3 ja põrandat umbes 1 m^2 iga õpilase kohta), kuna 13 koolis (41,9 %) õhku 2—3 korda alla normi tuleb (põrandat umbes nagu eelmistes). See nähtus et õhu norm langeb kiiremalt kui põranda pinna norm, on seletatav kooli ruumide madalusega, mis enamasti elukorteritest koolideks on ümber muudetud. Paljudes, iseäranis algkoolides, ei ole pääle klassitubade teisi kõrvalruume, mis tuulutamist väga raskendab (see sünnib akende kaudu). Kui siia juurde lisada, et mõnes koolis ka kloseti hais klassidesse valgub, siis muutub õhk väljakannatamataks. Kui peakski koolis saal olema, siis peetakse sääl laulmise ja võimlemise tunnid; mille järele, arusaadav, õhk sääl veel halvem ja tolmusem on kui klassis, ja mille pärast mõnedes koolides õpilasi ka tunnivahedel saali ei lasta. Teistes koolides jälle jääb saali puudusel võimlemine üleüldse ära. Keskkoolide ruumid on üleüldiselt paremad algkoolide omadest.

Õhu normi tasakaalu viimiseks on hädaabina tarvis igale koolile õpilaste arv kindlaks määrata ja kui tarvis, peaks kool kahe vahetusega töötama. Kuid küsimuse lõpulik lahendamine sünnib ainult uute koolimajade ehitamisega, kus jalutuse ja võimlemise ruumid on eraldi ette nähtud (ses suhtes ei vasta uued koolimajade plaanid mitte kõigile tervishoiu nõuetele). Samuti peab uute koolimajade ehitamise kui ka rentimise juures kooliarstilt nõu küsitama, mis küll eeskirjades ette nähtud, kuid mida tegelikult ei täideta. Viimane nähtus kordub ka koolipinkide ehituse juures[1]). Praegu on viimaste ehituse hooaeg nii maal kui linnas. Mis selle juures sünnib on raske ette kujutada. Distants on uutel pinkidel kunni 12 cm ja rohkem; differentsi mõistest pole aimugi. Praegu tarvitusel olevatest pinkidest on ses suhtes 66 % täiesti kõlbmatad, 33 % sallitavad ja ainult 1 % hääd.

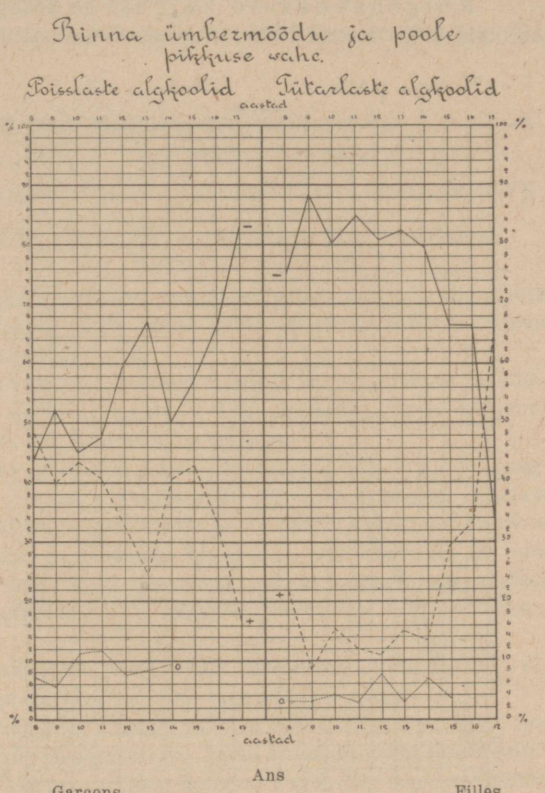
Õpilaste tervishoidu puutuvate andmete juure asudes näeme, et scolioosi poeglaste juures umbes 22 %-il ja tütarlaste juures umbes 31 %-il ette tuleb. Andmed näitavad, et scolioos on suurel osal juba kooli astudes olemas, ei ole seega mitte ainult koolihaigus, vaid arvuliselt ainult suureneb kooliaastate kestes. Põhjused on osalt füsioloogilised, osalt olenevad kooli pinkidest, millede differents õpilase pikkusele ei vasta, ühes suure positiivse distantsiga. Kas tekib parempoolne, pahempoolne ehk „S“ scolioosis, see oleneb osalt liiga kõrgest ehk liiga madalast differentsist, osalt nõjatamise harjumusest, kas paremale ehk pahemale küünarnukile.

Rinna ümbermõõdu ja poole keha pikkuse vahekorda

1) Nüüd on Tervishoiu Peavalitsuse ettekirjutusel, ilma arsti nõusolekuta pinkide ehitus keelatud.

vaadeldes näeme, et siin poisslaste juures esialgne plus aastate jooksul järjekindlalt väheneb, miinus suureneb ja null kaob. Tütarlaste juures kordub sama nähtus alguses, kuid viimaks hakkab plus kasvama ja jõuab miinusest ette, mida ehk rikka näärete kasvuga seletada tuleb (vaata joon. № 1).

Keha pikkuse ja raskuse juurdekasvu vaadeldes näeme esimesel ja teisel kooliaastal vaevalt märgatavat juurdekasvu; 10—11. eluaastate jooksul tõuseb see, iseäranis tütarlaste juures, kes poisslastest ette jõudes, 12—14. aastani suurt pikkuse ja raskuse juurdekasvu näitavad, kuna see poisslaste juures aeglasemaks jääb; kuid 14. aastast alates tõuseb see poisslaste juures omakord tugevasti, jõudes tütarlaste omadest ette, kelle juurdekasv jälle aeglasemaks muutub (vaata joon. № 2).



№ 1. Relation entre circonférence poitrinaire et demi-longueur du corps chez 1367 écoliers.

See suur keha pikkuse ja raskuse juurdekasv käib sugulise valmimisega käsikäes. Sel ajal kujunevad lastest noormees ja neiu, ärkab sugutung, sünnivad iseloomus põhjalikud muudatused. Siit peavad pedagoogid ja lastevanemad praktilised järeldused tegema. Selle ajajärgu lõpul peab kasvandikke tutvustama suguelu tervishoiuga, muidu õpivad nad seda praktiliselt ise ja see läheb neile enestele ja omakstele kallis maksma.

Kopsuhaigusi leidus lastest 6—7,3% (bronchitis, kopsupõletikud, tiisikus jne.). Südamehaigusi tuleb tütarlaste juures rohkem ette (13,1%) kui poisslaste juures (11,7%), siia juurde on arvatud ka ebapuhtad toonid, mis küll keha arenemise arvele langevad ja hiljem kaduda võivad.

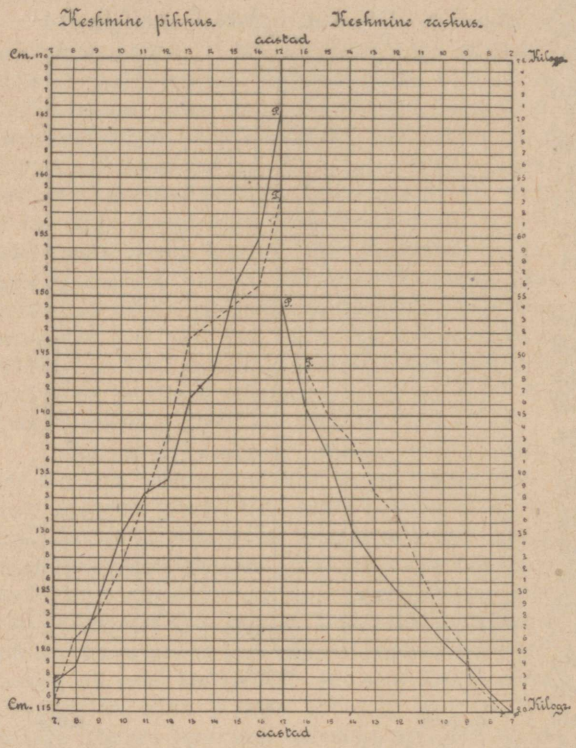
Veel rohkemal määral tütarlaste haigus on pugukael (struma) — 1,6% (poisslaste juures 0,3%). Tütarlaste juures tekib see haigus enamiste 14—15. aastal, sugulise küpsemise ajal, Basedovi haiguseni areneb ta harva; pääle kooli lõppu kaob sagedasti iseenesest.

Päris koolihaiguseks võib lugeda sügelisi, mis praegu kooliarstele kõigerohkem tööd annavad. Poisslapsed põevad seda rohkemal määral (25%) kui tütarlapsed (14,2%).

Vigaseid hambaid on 62%; 1—3 vigast hammast on 60%; 3—5 — 30% ja üle 5 — 6—7%; 80—90% neist langeb piimahammaste arvele. Plombeeritud hambaid on 3—4%.

Kuulmine on nõrgendatud 13—15%, enamiste sarlakite ja leetrite põdemise tagajärjel. Teised haigused annavad väikese %.

Külgehakkavaid haigusi on põdenud poisslastest: rõugeid 10%, asrlakid 29%, leetrid 53%; tütarlapsed neidsamu haigusi: 10%, 30%, 62,5%; teised haigused annavad mõne %. Pääasjalikult on haigused põetud läbi juba enne kooli astumist.



№ 2. Longueur et poids moyens du corps chez 1367 écoliers.

Närvihaigete % oli tütarlaste juures 1,5%, poisslaste juures — 1%; vaimliselt väljaarenematuid oli poisslastest 1,2%, tütarlastest — 1,7%.

Näärmed olid suurenenud: poisslastest 11%-il, tütarlastest 4,7%-il. Enamiste käib näärmete suurenemine käsikäes verevaesusega. Kevadeks tõuseb verevaesuse % kuni 70%-ni ja võtab raskema kuju (päävalud, pööritused, väsimus, hajameelsus jne.). Kui siia juurde lisada veel silmamusklite kroonilist krampi, mis õppimist takistab, tekitades ajutiselt myopiat, virvendamist, ja silmade väsimust, siis saame haiguse päris raskel kujul. See on tüüpiline koolihaigus. Ta sünnitab õpetajaile palju arusaamatusi, tekitab kahtlusi õpilaste laiskuses jne. Seda silmas pidades peab ütlema, et kevadine õpepoolaasta pikkus käib õpilasel üle jõu.

Toitlus oli poisslastel: hää 18%, keskmine 68%, halb 13%; tütarlastel: 24%, 62%, 13,4%.

Kehaehitus poisslastel: hää 50%, keskmine 39%, halb 11%; tütarastel: 49%, 37% ja 13%. Kui meelde tuletada näärete suurenemise %% arvusid ja neid ühte seada halva toitluse ja kehaehituse %-ga, siis saame 13—14 % halva tervisega õpilasi.

Imetamise suhtes on teateid 266 poiss- ja 343 tütarlapse kohta, neist

sugugi rinda saanud . .	1%	poiss-	5,8%	tütarlast,
kuni 1 kuu rinda saanud	1%	„	1,4%	„
1—3 kuud „ „	7%	„	8,8%	„
3—6 „ „ „	17%	„	12%	„
6—12 „ „ „	74%	„	72%	„

Nii kui sellest näha, toidetakse tütarlapsi vähem aega emarinnaga kui poeglapsi.

Edasijõudmine:

poisslastel: hää 24%, keskmine 61%, halb 13,7%;
tütarlastel: „ 23%, „ 62%, „ 14%.

Kaks ja rohkem aastat ühes klassis istunud: poisslapsi 11,6%, tütarlapsi 15,2%,

neist halva edasijõudmise pärast 89,4% poisslapsi, 81% tütarlapsi,
haiguse pärast . . . . . 10,6% „ 19% „

Sellest on näha, et edasijõudmise poolest suuremat vahet poeg- ja tütarlaste vahel ei ole, aga teiseks aastaks ühte klassi jääb poeglapsi rohkem istuma halva edasijõudmise pärast kui tütarlapsi.

Vanemate elukutse on õpilasist kaugelt üle $^3/_4$ tööliste ja käsitööliste lapsi. Linnast pärit on 93%, maalt — 7%. Hariduse järele on vanematest 96% alg- ja 4% kesk- ehk kõrgema haridusega.

Suvel elavad linnas: poeglapsi 53,3%, tütarlapsi 57%; maal: poeglapsi 46,7%, tütarlapsi 43%; maal elavatest üle $^2/_3$ käivad karjas. Karjaskäimisel on omad hääd ja halvad küljed. Selle poolt räägib suvel maal värskes õhus möödasaatmine, teenistuse ja töötunde kasvamine, äratundmine, et oma tööga võib ja peab elama jne. Kuid sagedasti küllalt pöörab laps sügisel linna tagasi raskete töötingimiste tõttu rikutud tervisega (kopsu-tiisikus, sügelised, kärnad, söödikud).

Linna jäävad suveks enamiste need, keda tervislistel põhjustel ei või karja saata, kuid suvitama saata ei jõua neid vanemad ka mitte.

Siit selgub suur tarvidus suvekoloniide järele. Esimene katse ses suhtes, mis kooliarstide eestvõttel algatati ja Tartu linna koolivalitsuse kulul läbi viidi, oli laste kolonii Kaagvere mõisas mineval suvel. Et tung koloniisse suur oli, siis tuli sinna valiku järele ainult kõige hädalisemaid saata (alatoitluse tagajärgedega, verevaeseid, kopsu- ja südamehaigeid, skrofuloosi põdejaid jne.). Kolonii töötas ilma vahetuseta 10 nädala kestes, ehk küll pärastpoole veel lapsi juurde võeti.

Läbi käis koloniist 126 last. Keha raskuse juurdekasv oli (naelades): 0—$1^1/_2$ n. — 8%, $1^1/_2$—$2^1/_2$ n. — 37%, $2^1/_2$—4 n. — 13,5%, 4—7 n. — 27,7%, 7—10 n. — 12%, 10—15 n. — 5,5% ja 20—24 n. — 1—6%. Kui koloniis viibijate koosseisu arvesse võtta, siis tuleb tagajärgi väga häädeks pidada. — Vanuse järele võtsid kaalus juurde: kunni 10—11 aastani keskmisest vähem, üle 10 a. vanused keskmisest rohkem, ühe ja sama aja jooksul. Praktiline järeldus oleks, et nooremad ja hädisema tervisega õpilased peavad pikemat aega koloniis viibima, kui vanemad. Süüa anti 4 korda päevas; söök oli toitev, maitsev ja mitmekesine, milleks rohkesti Ameerika Punane Rist kaasa aitas. Kolonii töötas arsti valve all; koloniis elas alaliselt õde.

Läbirääkimised. Diskussion.

Prof. Rothberg: Was die statistischen Daten anbetrifft, die der Vortragende sehr reichlich uns gab, so haben diese nur einen relativen Wert, weil die Morbidität sehr wechselt wenn z. B. Epidemien entstehen. Den Nutzen der Sommerferienkolonien nach der Gewichtszunahme zu bestimmen ist wohl sehr problematisch, weil 1) verschiedene andere Faktoren ins Gewicht fallen und 2) das Wachstum überhaupt sehr von der Jahreszeit abhängt.

A. Lüüs: Suveasundusi peab ka siis elustama, kui lapsed mitte raskuses juurde ei peaks võtma, sest ei ole tähtis suur raskus, vaid see aktiveerimine, mis suvi, päike ja värske õhk kehale annab.

Sugulise kasvatuse küsimus on tähtis, kuid seda peaksid ainult inimesed tegema, kelle vastu lastel usaldust on, kes ise selle küsimuse kohta huvitust tunnevad ja õrnalt ja tõsiselt teda käsitada oskavad.

H. Jürgenson: Kooliarstidele tuleb korraldada perioodilisi kursusi, kus õpetada: 1) eksperimentaal-psühholoogiat, psühiaatriat; 2) kooli tervishoid; 3) suguhaig. eriteadmist; 4) lapseea (infektsioon resp.) haiguseid (pediaatria); 5) noorsoo liikum. avaldustega tutvunemist (sport etc.); 6) pedagoogikat.

Citovič: Прошу указать 1) % туберкулезных дѣтей; 2) % стаціонарных и прогрессирующих форм среди них; 3) Измѣненія в их числѣ и состояніи в теченіе учебнаго года.

Madisson: Kaalu tähtsust ei saa areneva õpilase juures maha salata; kaalu ja pikkuse juurdekasv annab meile selge pildi, missuguses sihis laps areneb; muidugi tulevad siin veel teised momendid juurde.

Tiisikuse üksikute normide kohta minul kokkuvõetud andmeid ei ole.

*

35) Prof. A. Rammul-Tartu: **Ülesanded koolitervishoiu alal.** — (Les tâches de l'hygiène aux écoles.)

Noortsugu nimetatakse küll õigusega rahva paremaks tulevikuks aga muretsetakse liiga vähe kõikkülgse noorsoo arenemise eest, et tema tõesti paremaks tulevikuks saaks. On harjutud arvama, et koolis pääasjalikult vaimlise arenemise eest tuleb muretseda ja jäetakse kehalise ja kõlblise arenemise eest hoolekandmine hooletusesse, unustades et õppimises mahajäämise põhjuseks tihti kehaline nõtrus ja kõlblised eksimised on.

Suurest hulgast küsimustest kooliterviskoiu alalt puudutame seekord ainult mõnda üksikut.

Kooli õhk võib enam ehk vähem nõrgendavalt ehk ka kahjulikult koolisolijate pääle mõjuda. Lubatavast söehappe (CO) normist — 1‰ — peab kinni pidama, ehk söehappe ise küll mitte õhu halbtuse põhjus pole, vaid ainult õhu halbtuse kraadi näitaja — indikaatori osa etendab. Mitte tõestatud vana arvamise asemele, nagu sisalduks inimeselt väljahingatud õhus mingi antropotoksin, on uuemal ajal Weichardt'i väide ilmunud, et selles siiski üks mürk, n. n. kenotoksin — väsimusmürk leidub. Flügge oma kaastöölistega vaidleb selle vastu ja on näidanud, et ka ilma mingi mürgi oletamiseta tarvitud õhu halvad mõjud seletatavad on.

Rõhumise tunne pääs, ja teised subjektiivsed ja objektiivsed nähtused, mida tarvitatud õhk tekitab, on Flügge katsete põhjal sellega seletatavad, et õhu soojuse ja niiskuse kraadi tõus neid tekitab, keha soojuse reeguleerimist rikkudes ja nimelt kehanaha kaudu soojuse lahkumist takistades. Pääle selle

mõjub halvasti vastik hais, mis higisest, vähe ja harva puhastud kehast ja higist ja tolmust läbiimbunud aluspesust ja riietest tuleb, jälkuse tunnet tekitades ja hingamist vähendades (inimene hakkab pääliskaudsemalt hingama).

Eeltoodust järgneb: klassid peavad küllalt ruumikad olema, vanemis klassides peab vähemalt 5—6 kantmeetrit, nooremates 4—5 kantmeetr. õhuruumi iga õpilase pääle olema; õhupuhastuse eest tuleb hoolt kanda — kõige parem sündsate sisseseadete ehk vähemalt akende abil.

Ihupesu ja riiete puhtuse eest peavad hoolt kandma lapsed ja nende vanemad. Keha puhastamiseks on tulusad ja mitte kallid — dushid, mis vähe vett (umbes 20 liitrit = 16 toopi vett inimese pääle) tarvitavad ja isegi suuremates koolides sisseseatud saada võiksid. Sagedane kehapuhastus hoiaks ka palju haigusi ära, iseäranis nahahaigusi, mida mõnel pool kahjuks õige rohkesti on (sügelised).

Koolisisseseadest tuleks meil pinkide pääle rohkem tähelpanu pöörda; õpilase kehale mittesündsad pingid rikuvad tema keha — seda vana tõtt peab ikka veel koolivalitsustele meelde tuletama. Selles kui ka teistes koolitervishoiu küsimustes võib ainult siis edu loota, kui igalpool erikooliarstid tööle kutsutakse.

Kooliarsti päätöö on tervishoidline valve. Kõikkülgsed uurimused, ankeedid õpilaste kui ka õpetajate suhtes annaksid huvitavaid ja õpetlikka andmeid ja juhtnööre meie rahva tervise parandamiseks. Nüüd on kahjuks alles liiga vähe sel alal tehtud; ilma uurimusteta oleme aga umbkotis. Ka suguelu pedagoogika oleks väga tähtsaks ülesandeks kooliarstidele. Vigade ja haiguste ravitsemist saavad kõige paremini eriteadlased toimetada sellekohastes eriambulantsides.

Abiks kooliarstidele, ühendavaks liikmeks koduga, tuleksid kooliõed kutsuda, kes arsti korralduste läbiviimise järele valvaks ja tegelikult ka abiks oleks sellepoolest laste kodudes.

Õpilasi tuleks ka psühotehniliselt läbi katsuda et normaalkoole vabastada nõrgaandelistest ja neid kohastesse erikoolidesse juhtida.

Aegadel, nagu nüüdsetel, kus koolisid uutel alustel rajada võimalik ja seda ka tehakse, laiunevad vaimliseks arenemiseks määratud õpeained kergesti liialt ja jääb kehaline arendamine hooletusse.

Sellest tekkivat hädaohtu ära näidata on jälle arstide ülesanne, kes võimlemist, sporti ja kõiksugu kehaharjutusi rohkemal määral nõudma peaks.

Taudide vastu võitlemist koolis peab otstarbekohasemalt toimetama ja haiguste juures, kus batsillidekandjad hädaohtlikud on, näit. difteria, kõhusoetõbi, pääajukelme põletik ja teised, tuleb bakterioloogilisi uurimusi abiks võtta, et batsillidekandjaid ära tunda ja koolist eemale hoida, sest siin aitab kooliruumide desinfektsioon üksi liiga vähe.

Kooliõpetajate tervishoiust on üldiselt vähe kõneldud, ehk see küll rohkem tähelpanu ära teeniks, sest häälesünnitamise, hingamise elundite ja ergukava haigused juhtuvad õige suurel määral selles elukutses, olles siin n. ö. kutselisteks haigusteks. Olgu siin tähendatud, et üheks tähtsaks põhjuseks kurgu katarride ja teiste hääleelundite haiguste juures on see, et meie kooliõpetajad, niisamuti kui kirikuõpetajad, õigusteadlased ja teised „kõnemehed“, kelle elukutse palju ja kõvasti rääkimist nõuab, „rääkimist“ ei õpi ja häält ei sea. Hääleseadmine tegelikkude harjutustega on aga ka kõigil

neil kõnelejatel ja mitte ainult lauljatel, hädatarvilik. Muidugi on kurgu ja hääleelundite vaenlaseks ka kõik, mis suu ju kurgu limanahka äritavad, näit. kõnelemine külmas, tolmuses ja liig kuivas õhus, suitsetamine, liig palavad ehk külmad, ka hapud söögid ja joogid, ja alkohol igal kujul.

Kooliarsti lähedus koolile oleks ka õpetajate tervishoiule ülikasulik: õpetajate elu, kehalist ja vaimlist seisukorda hästi tundma õppides, nende muutusi jälgides, võiks arst palju kasulikka näpunäiteid õigel ajal anda ja nii tervise rikkeid ära hoida.

Resolutsioonid: 1) Tervishoiu õpetus tuleb kõigis koolides sisse seada, ka algkoolides.

2) Kooliarste on koolidesse suuremal arvul vaja, sest nende olemasolust ja tööviljakusest oleneb kõige suuremal määral koolide tervishoidline ja õpilaste kui ka õpetajate tervisline seisukord.

*

36) Dr. Citovič-Tallinn: **Опыт примѣненія количественной модификаціи реакціи Pirquet въ народной школѣ.** (Un essai d'application de la réaction Pirquet en sa modification de quantité dans l'école primaire.)

На 100 изслѣдованныхъ дѣтей: 83 пол. 17 отриц. (весенняя реакція)
86 „ 14 „ (осенняя „

При клиническом діагнозѣ:

Явно туберкулезных было:	28.	Изъ них положит. р.	24,	отриц.	4
Подозрительных по т. б. .	61	„ „ „ „	58,	„	3
Не подозрительн. „ „ „ .	11	„ „ „ „	1,	„	10
	100		83		17

Клинически-туберкулезные дали: коротких реакцій 9 ($37^1/_2$ %); средних реакцій 10 ($42^1/_2$ %); длительных р. — 5 (21 %).

Подозрительныя по туберкулезу дали: коротких — 14 (24 %); средних — 25 (43 %); длительных — 19 (33 %).

Не туберкулезныя дали 1 — короткую реакцію.

Выводы:

1) Систематическое повторное примѣненіе реакціи Пиркэ представляет собою цѣнное пособіе въ діагностикѣ туберкулеза дѣтей школьнаго возраста.

2) Необходимо пользоваться количественными модификаціями этой реакціи с возможно болѣе точными измѣреніями получаемыхъ результатов и желательно регистрація послѣдних графически.

3) Путем индивидуальной дифференцировки полученных описанным выше способом кривых параллельно клиническому наблюденію, удается в большинствѣ случаев получить указаніе на прогрессирующій или стаціонарный характер туберкулезнаго процесса.

4) Процент туберкулезных дѣтей в Коппельской народной школѣ превышает нѣсколько средній процент туберкулеза для Эстоніи равно как и процент этого заболѣванія среди школьников средне-европейских государств.

*

37) Drd. med. J. Vilms: **Sport koolis ja väljaspool kooli.** (Le sport dans l'école et dehors d'elle).

1) Spordi kasu on silmanähtav kehalises kui ka vaimlises kasvatuses. Oma kehalise kasvatuse ja närvigümnastika läbi arendab tema isikut

igakülgselt ja distsiplineerib teda. Spordi tähtsus on pedagoogiliselt ja tervishoiuliselt riikline, mis kohustab omavalitsuslisi ja riiklisi asutusi tema pääle suuremat tähelpanu pöörama, kui seni seda tehtud.

2) Sport tuleb kõigis kooles sundusliseks muuta.

3) Spordil on väga suur tähtsus kolme sotsiaal-patoloogilise häda vastu võitlemises: 1) tiisikuse, 2) alkoholismi ja 3) suguhaiguste vastu.

4) Spordil on kergesti eitavate nähtuste juure viivaid negatiivseid omadusi vahekorras: *a*) sport ja õnnetused, *b*) sport ja süda, *c*) sport ja üleväsimus, *d*) sport ja ühekülgsus ja *e*) spordi abstraktsus.

5) Spordi korralduseks tervishoiulises mõttes tuleb rõhku panna koolis ja seltskonnas sportlise kasvatuse pääle. Arstline kontroll olgu nii ühel kui teisel pool spordiarsti ametisse panekuga seatud tarvilisele kõrgusele.

6) Sportimise korralduses (harjutused ja võistlused) tuleb ette võtta rida reforme, mis spordi eitavaid omadusi vähendaks (mitmekülgsus, füsioloogilise kesknormi toonitamine, grupevõistlused, iluauhinnad ja võistluste arvu vähenemine).

7) Tuleb luua kommissioon, kes spordi korralduse skeemi koolis ja väljaspool kooli ligemalt välja töötaks.

Läbirääkimistel rõhutab Jürgenson: Koolis on tarvis 1) sport ja 2) kehaline töö. Sport peab terve olema, käima kõva arstlise ja psükoloogide kontrolli alla.

Oleks soovitav olnud kuulda saada võrdlust spordi ja kehalise töö vahel.

Spordil on ka suur psükoloogiline tähtsus, mida ref. oleks pidanud käsitama: ta arendab pääle lihakste ka mõistust resp. praktilist mõistust, tahtejõudu ja tundeilma, mida kõike ref. sõnaga „närvigümnastika“ nimetab.

Tundeilma arendades peab sport olema esteetiliseks kasvatajaks; säälkõrval peab koolis olema ka kehaline töö kui eetiline, sotsioloogiline kasvataja.

*

38) Dr. med. A. Falk-Reval: **Die Schlammkur in den einheimischen Badeorten.**

Bekanntlich wird in unseren 2 funktionierenden Schlammbadeorten — Arensburg und Hapsal — schon seit lange in grösserem Umfang der Seeschlamm aus den nahgelegenen Buchten zu Heilzwecken angewandt. Wie ein jeder Seeschlamm, so bildet auch der unserige ein Produkt von langjährigen Ablagerungen organischer Substanzen pflanzlicher und tierischer Herkunft, dazu kommen unorganische Bestandteile in fein verteiltem Zustande, wie Lehm, Sand, Silikate, Kreide, abgebröckelte Teilchen eisen- und manganhaltiger Gesteinmassen und Salze, welche in dem Wasser, wo der Schlamm sich ansetzt, enthalten sind. Die Oxydations- und Reduktionsprozesse im Wasser gehen nur langsam unter Beteiligung von verschiedenen Bakterienarten vor sich, wobei aus einigen Schwefelsalzen — Schwefelwasserstoff entsteht, welcher dem Schlamm, den ihm eigenen charakteristischen Geruch verleiht. Der Schwefelwasserstoff seinerseits bildet aus Eisenoxyd einen sehr feinen, gut knetbaren schwarzen Niederschlag, das Schwefelsaure Eisenoxydulf, durch welches die dunkle Farbe des Schlammes bedingt ist. Unter Einwirkung von gewissen Mikro-Organismen bilden sich noch kolloidale Substanzen, z. B. Eisenoxydhydrat, welche dem Schlamm seine zähe Konsistenz und seine plastischen Eigenschaften

verleihen. Ausserdem enthält der Schlamm Aminobasen, Fettsäuren und schweflige Verbindungen. Im Schlamme der estnischen Küste sind auch Spuren von Jodnatrium und Bromnatrium nachgewiesen, denen aber wohl kaum eine therapeutische Bedeutung zugeschrieben werden kann[1]).

Der Schlamm, welcher durch diesen komplizierten Prozess sich gebildet hat, präsentiert sich uns als eine ölige, dunkle — fast schwarze — Masse mit deutlichem Schwefelwasserstoffgeruch. Die Konsistenz variirt im Zusammenhange mit der Quantität des beigemengten Wassers; lässt man dasselbe mehr oder weniger abfliessen, so erhält man einen Schlamm von der Konsistenz des Rahmes, die gerade für die Schlammbehandlung die geeigneteste ist. Das spezifische Gewicht eines solchen Schlammes ist ca. 1,5; die Wärmekapazität 0,33—0,66. Zu diesen Eigenschaften sind noch hinzuzufügen — geringe Wärmeleitung, Zähigkeit, Kohärenz der Schlammpartikelchen und schliesslich seine plastische sammetartige Beschaffenheit, die er der kolloidalen Substanz verdankt und dem Umstande, dass die in ihm enthaltenen Partikelchen, wie Sand, Lehm, Muschelreste u. dgl. in die kolloidale Substanz derart eingebettet sind, dass sie beim Zerreiben zwischen den Fingern nicht wahrgenommen werden.

Dank den genannten Eigenschaften haben wir im Schlamm ein balneotherapeutisches Medium, das uns erlaubt, einerseits genügend hohe Temperaturen zu verordnen um eine Hyperämie in der Tiefe des Organismus zu erwirken und die Vermehrung des Stoffumsatzes zu erzielen und, andererseits, uns nicht der hohen therapeutischen Momente des Wasserbades verlustig macht. Nur bei einer Temperaturerhöhung beim Badenden bis zu 39°, welche in einem Bade von nicht weniger als 42° C. (33,5° R.) nach 20 Minuten erreicht wird, beginnt eine merkliche Zunahme des Zerfalles von Körpereiweiss. Im Gegensatze zu Wasserbädern werden Schlammbäder von diesen Temperaturen trotz gegensätzlicher Befürchtungen gewöhnlich gut vertragen, dank der geringeren Wärmeleitung und Wärmekapazität und der geringeren Beweglichkeit der Partikelchen des Schlammes.

Folglich können wir bei Verordnung eines heissen Schlammbades von nicht unter 42° C. darauf rechnen, dass wir nicht nur an der Peripherie des Körpers, sondern auch in den tiefer gelegenen Geweben und Organen eine Hyperämie mit allen von Bier festgestellten therapeutischen Momenten derselben, erzeugen. Wie hoch die Bedeutung eines jeden von diesen Momenten für die balneotherapeutischen Prozeduren ist, ist leicht verständlich: die schmerzstillende Wirkung der Hyperämie ergibt die Möglichkeit die kranken Glieder leichter in Bewegung zu setzen und auf diese Weise Versteifungen zu verhüten; die auflösende und resorbierende Wirkung hat eine Mobilisation von Versteifungen, Kontrakturen und Verwachsungen zur Folge; dabei verschwinden nicht nur Blutgerinsel, Gelenkwucherungen, Sehnenknoten organisierte Exsudate, sondern auch Narben und Adhaesionen werden erweicht und können dann bei Hinzunahme von verschiedenen mechanischen Verfahren leichter gedehnt werden. Zugleich haben wir eine Ver-

---

1) Über quantitative Analyse des Arensburger Seeschlammes: vgl. den Artikel von Dr. med. Arronet „Über die Schlammbäder in Eesti", im „Eesti Arst" № 3, pag. 216.

mehrung des Stoffwechsels, wobei dem Zerfall sowohl stickstofffreie als auch stickstoffenthaltende Substanzen unterliegen.

Von anderen in Betracht kommenden Wirkungen ist der Auftrieb zu vermerken, dank dem schon im Wasserbade ein Körper von 70 klgr. Gewicht einen Druck von nur 8 klgr. auf seine Unterlage ausübt; dem zu Folge wird die Behandlung von motorischen Störungen gefördert, da der Rest der vorhandenen Kräfte genügen kann, um ein im Bade bedeutend leichter gewordenes Glied in Bewegung zu bringen; besonders gute Resultate sind zu verzeichnen bei spartischen Lähmungen, wo die muskelentspannende Wirkung der hohen Temperatur des Schlammes noch das ihrige zu dem Erfolg beiträgt.

Dazu kommt in Betracht der Druck des Schlammes auf den Körper; dank ihm wird die Ausatmung merklich gefördert und die Inspirationsmuskeln werden gekräftigt.

Des weiteren ist eine nicht zu unterschätzende therapeutische Bedeutung der massierenden Wirkung des Schlammes zuzuschreiben; dank der plastischen, sammetartigen Beschaffenheit des Schlammes, ist diese Wirkung sehr zart, aber wenn man die Grösse der Oberfläche, auf die sie sich erstreckt und die bedeutende Kohärenz der Schlammpartikelchen (nach Starck 365 mal grösser als im Wasser) in Betracht zieht, so kann sie eine ganz ergiebige sein.

Dann haben wir die Reizwirkung des Schlammes, dem zu Folge sich Veränderungen in den Funktionen des Körpers geltend machen, teils am Orte des Reizes selbst, teils im Zentralnervensystem, teils reflektorisch an verschiedenen Stellen der Peripherie oder der inneren Organe.

Was die Wirkung der im Schlamm befindlichen chemischen Bestandteile betrifft, so wird ganz entschieden angenommen, dass eine Resorption derselben durch die gesunde Haut nicht stattfindet. Doch ist das Eindringen einiger Substanzen, z. B. des Schwefelwasserstoffes durch Inhalation möglich und es bewirkt derselbe im Blute den Zerfall der roten Blutkörperchen, wobei er mit dem Bluteisen verschiedene Schwefelverbindungen eingeht, welche vom Kranken während der Schlammkur in erhöhtem Maasse ausgeschieden werden (Diakonov); vielleicht verdanken wir diesen, die Blutkörperchen zerstörenden, Eigenschaften des Schwefelwasserstoffes zum Teil die günstige Wirkung des Schlammes bei Krankheiten der Verdauungsorgane, da, nach Virchov, der Zerfall der Blutkörperchen zur Bildung von Galle führt und vielleicht wirkt der Schlamm aus demselben Grunde günstig auch bei einigen chronischen Vergiftungen (Quecksilber-, Blei-).

Dann wird darauf hingewiesen, dass unser Schlamm radioaktiv wäre; doch steht diese Frage noch offen und jedenfalls ist die therapeutische Wirkung der Radioaktivität unserer Schlammbäder sehr problematisch.

Die Hauptempfindungen und Veränderungen beim Badenden sind folgende:

Das im Anfang unangenehme Gefühl der Erhitzung geht bald in ein angenehmes Wärmegefühl über; letzeres wird darauf durch ein Gefühl der Müdigkeit ersetzt. Es erscheinen Atmungsbeschwerden und Herzklopfen. Die Atmung wird um 8—20 Atmungen, der Puls um 15—50 Schläge in der Minute beschleunigt.

Die peripheren Blutgefässe, auf einen Moment kontrahiert, erweitern sich schnell und das Blut wird zum Teil von den inneren Teilen zur Peripherie abgeleitet. Der Blutdruck steigt gleich vom Anfang des Bades (wahrscheinlich

wegen des Wärmereizes auf die Vasokonstriktoren), dann fällt er etwas dank der Erweiterung der Gefässe, aber bleibt höher, als vor dem Bad; dann steigt er wieder und um so höher, je länger die Dauer des Bades war. Nach dem Bade fällt der Druck und zwar wird er niedriger, als vor dem Bad. Der diastolische Druck steigt weniger, als der sistolische. Aus alledem ergibt sich, dass die vom Herzen beförderte Blutmenge im heissen Bade erheblich grösser ist nebst erhöhter Zufuhr zu den Geweben und Organen und die Arbeit des Herzens zunimmt. Die Dauer der Diastole — der Erholungszeit für den Herzmuskel ist verkürzt. Hieraus folgt die Gefahr des heissen Schlammbades für ein krankes Herz und ein brüchiges Gefässsystem. Die Temperatur des Körpers steigt, ebenso der Stoffumsatz. Wir sind berechtigt anzunehmen, dass bei Steigerung des Stoffwechsels krankhafte Produkte in höherem Masse zum Zerfall kommen, als gesundes Gewebe. Im Harn, der gewöhnlich quantitativ verringert ist, wird eine Vermehrung von Schwefelsäure und Harnstoff und eine Verminderung von Phosphor- und Harnsäure vermerkt. Untersuchungen von Fischer haben eine Verminderung der Sekretion des Magensaftes erwiesen. Auch soll die Azidität des Magensaftes verringert sein. Es stellt sich im Bade eine bedeutende Transpiration ein; es kann leicht eine Ausscheidung von 1—3 lit. Schweiss zu Stande gebracht werden. Die Schnelligkeit der Nervenleitung ist erhöht, die Erregbarkeit der Nerven verringert, die Schmerzempfindung verringert; die Sehnenreflexe herabgesetzt. Muskelspannungen und Muskelkrämpfe werden verringert und beseitigt; das betrifft sowohl die Muskulatur des Skeletts, wie auch die Muskulatur der inneren Organe und speziell der Blutgefässe; dem letzteren Umstand verdanken wir teilweise die schmerzstillende Wirkung der Schlammbäder insbesondere bei verschiedenen in Form von Krisen auftretenden Schmerzen (Leiden angioneurotischen Ursprungs), die, wie die Theorie von Pal feststellt, auf krampfhaften Zuständen in den Kapillaren basiert.

Die Muskelkraft wird durch kurzdauernde heisse Schlammbäder erhöht; bei längerer Dauer derselben stellt sich dagegen eine sehr bemerkbare Verminderung derselben ein, wie man das auf ergographischen Kurven beobachten kann.

Das Blutbild verändert sich bedeutend, doch sind die Beobachtungen auf diesem Gebiet keine endgültigen. So hat Predtetschenski eine Zunahme der Viskosität, des spez. Gewichtes, des Haemoglobingehalts und eine Zunahme der Zahl der roten Blutkörperchen gefunden; die Zahl der weissen Blutkörperchen variirte sehr stark, wobei es sich anscheinend um den Zerfall der weniger widerstandsfähigen Elemente handelte, andererseits um eine bedeutende Regeneration derselben.

Die Beobachtungen von Losinski und Sadikov in Kemmern ergaben ein geringes Schwanken der Zahl der roten Blutkörperchen und eine sehr bemerkbare Leukopenie, die aber bald noch im Bad, und besonders nach dem Bade, dank einer sehr ausgesprochenen Regeneration der Leukozyten, in eine Leukozytose umschlägt. Ferner ist es nachgewiesen, dass die Aglutinationsfähigkeit des Serums und die Menge des Komplementes im Serum während des Schlammbades steigen. Die Untersuchungen von Messerschmidt haben gezeigt, dass die Zahl der von 100 Phagozyten verschlungenen Staphylokokken im Schlammbad um das Zweifache und noch mehr anwächst. Die Veränderungen im Blut

beim Schlammbad sind von grösstem Interesse und es wäre zu wünschen, dass ein systematisches Studium der Balneohaematologie angestellt würde. Wie wir gesehen haben, rufen die heissen Schlammbäder ein passives Ermüdungsgefühl mit Symptomen einer Autointoxikation (Abnahme der Muskelkraft, Temperaturerhöhung, Atem- und Pulsbeschleunigung und Schläfrigkeit) hervor, ähnlich, wie bei forcierten Muskelanstrengungen. Die Anhänger der Ermüdungs- und Intoxikationstheorie glauben, dass dieses durch das Bad hervorgerufene „Ermüdungsgift" die Anregung zu einer Reaktion abgibt, welche den Körper mit spezifischen Produkten verschiedener Gewebselemente bereichert, wodurch langsam, aber stetig die Intensität aller Lebensvorgänge im Organismus gehoben wird.

Die Wirkung der warmen Bäder wäre demnach theoretisch zu erklären durch eine Mobilisierung der schlummernden pathologischen Elemente, ein Aufflackern alter torpider Prozesse und nachfolgender Stärkung der natürlichen Schutzkräfte des Körpers. Werden dieselben durch Anwendung von wirksamen Medikamenten und anderen therapeutischen Massnahmen energisch unterstützt, so sehen wir nicht selten glänzende Erfolge der Kurbehandlung. Derartige gute Resultate sind jedoch nur dann zu erwarten, wenn der Organismus die Exacerbation (die in Hinsicht der Prognose im ganzen eine erwünschte Erscheinung bei der Schlammkur ist) ohne Schaden überwinden kann, und wenn er fähig ist genügend Schutzstoffe zu bilden; sonst würde ja dem Organismus nur ein Schaden verursacht werden, indem man ihn mit neuen Toxinen überschwemmt, ohne dass denselben genügend Antitoxine entgegengestellt werden.

Aus dem Gesagten geht hervor, wie verschiedenartig das Kontingent der Kranken ist, bei denen eine Schlammkur mit Erfolg anzuwenden ist. Dabei will ich noch vermerken, dass in unseren Badeorten die Rahmen der Indikation viel zu eingeschränkt sind; so habe ich z. B. fast gar keine Kranken gesehen mit chronischen Appendicitiden, chronisch verlaufenden Ulcera ventriculi und duodeni, Angioneurosen, Cholelithiasis, verschiedene Aesthesien als Folge von Drüsenerkrankungen auf luetischer Basis, Lues der Zentralnervensystems usw., dabei gibt die Schlammkur oft überraschende Erfolge bei diesen und noch vielen anderen Leiden.

Überhaupt muss ich gestehen, dass in unseren so reich von der Natur bedachten estnischen Kurorten diese Gaben wenig ausgenutzt werden. Speziell wird der an und für sich gute Schlamm in einer derartigen Form den Kranken geboten, dass man gezwungen ist, an seiner therapeutischen Wirkung zu zweifeln. Der Schlamm wirkt ja hauptsächlich durch seine hohe Temperatur und dank seinen besonderen physikalischen Eigenschaften. Und doch werden den Kranken Wannen verabfolgt von einer Temperatur von nur 28—30° vollständig flüssig mit 4—5 bis Maximum 10—12 Spann (selten) auf eine Wanne von 25 und mehr Spann Wasser. In solchen Wannen wird die Struktur des Schlammes vollständig desorganisiert: der Bindestoff, der die Kohärenz, Zähigkeit usw. des Schlammes zur Folge hat, wird mechanisch zerstört und die harten Partikelchen von Lehm, Sand, Silikaten, Kreide, Reste von Muscheln fallen auf den Boden der Wanne; der Badende erweist sich in einem schmutzigen Wasserbade und sitzt auf den eben genannten zu Boden gefallenen Bestandteilen des Schlammes.

Diese von altersher angewandte Methode war wahrscheinlich auf der Annahme einer Resorption der chemischen Bestandteile des Schlammes und in letzter Zeit auch auf der Hoffnung auf Wirkung der Radioaktivität begründet.

Da ich keinen Grund sah dieser unrationellen Verordnung zu folgen und nicht die Befürchtungen der Kollegen teilte, dass der Schlamm ohne Wasser eine zu starke Wirkung hervorrufen könnte, da ich Gelegenheit gehabt habe in russischen und polnischen Badeorten analogen Schlamm in grossem Massstabe zu verordnen, habe ich in Hapsal an mehr als wie 150 der verschiedensten Kranken die Behandlung mit unverdünntem Schlamm bei einer Temperatur bis 38° R. für ganze Bäder und bis 40° für lokale Bäder durchgeführt. Ich kann mit den Resultaten einer solchen Behandlung vollkommen zufrieden sein, dieselben entsprechen vollkommen denjenigen, die ich in Russland und Polen erzielte und sind unvergleichlich besser, als wie diejenigen, die uns Dr. Russow in Arensburg im Sommer 1921 mitteilte (da war die Behandlungsweise die hier zu Lande angenommene).

Etwas besser steht es mit der lokalen Schlammbehandlung in unseren Badeorten: der Schlamm wird in Leinsäcken auf die betreffenden Glieder und Körperteile appliziert und der Kranke setzt sich mit diesen zugebundenen Säcken in eine Wasserwanne. Die Art wäre nicht schlecht, wenn die Säcke wasserdicht wären, aber da dieses nicht der Fall ist, so strömt das Wasser des indifferenten Wasserbades (gew. 29° R.) in den Sack und entwärmt den Schlamm schon nach 10—15 Min. auf 2—3°.

Was die Technik der Bearbeitung und Verabfolgung der Schlammbäder anbetrifft, so bedarf diese somit einer vollständigen Reform. Dazu kommen die kolossal hohen Preise der Bäder und des Unterhalts (besonders der Wohnungen) in unseren Kurorten bei recht primitiven sanitären und anderen Lebensverhältnissen daselbst.

Wenn wir unsere Kurorte, die von der Natur in therapeutischer Hinsicht reichlich beschenkt sind, auf die nötige Höhe bringen wollen, damit, sowohl die kranken Bewohner Eestis, als auch diejenigen der Nachbarstaaten (in denen das Bedürfnis nach solchen Heilstätten sehr gross ist), hierselbst eine materiell erschwingliche und rationelle Hülfe und gesunde Lebensverhältnisse fänden, so müssen wir uns sofort mit ihrer Organisation beschäftigen; denn sonst erleben wir in allernächster Zeit wieder den alten Zug der Heilsbedürftigen nach den westlichen Badeorten, mit allen für unser Land unerwünschten Folgen eines solchen. Daher müsste meiner Ansicht nach bei uns folgendes Geschehen und unverzüglich:

1) Die Ortschaften, die sich zu Kurorten grösseren Massstabes eignen, müssen mit allen zu ihnen gehörenden Ländereien, Wäldern, Seeschlammanlagen usw. in staatliche Verwaltung übergehen.

2) Zur Organisation und Leitung der Kurorte muss ein besonderes Komitee aus Vertretern von Aerzten mit Heranziehung von allen nötigen Spezialisten (Architekten, Chemikern, Geologen, Meteorologen usw.) gegründet werden.

3) In den Badeorten müssten staatliche Heilanstalten und Hotels errichtet werden um eine Normierung der Lebens- und Heilungs-Verhältnisse in diesen Orten zu ermöglichen.

4) Es muss in den Badeorten eine Sanitätsorganisation mit einem

chemisch-bakteriologischen Laboratorium und einer kleinen meteorologischen Station organisiert werden. Der Wohnungsfrage, Wasserversorgung und Kanalisation resp. Entfernung der Abfälle usw. müsste die grösste Aufmerksamkeit gewidmet werden.

5) Es wäre rationell, dass die verschiedenen Ressorts und Krankenkassen ihre eigenen Sanatorien in den Kurorten hätten. Gleichfalls bedarf es eines ständigen Sanatoriums für Invaliden aus den letzten Kriegen.

6) Die Organisation der Bearbeitung des Schlammes, der Verabfolgung der Schlammbäder und überhaupt des ganzen diesbezüglichen Betriebes muss von Grund aus verändert werden, nach Anweisungen des obengenannten Komitees.

7) Die Einrichtung der staatlichen Heilanstalten und Hotels soll keineswegs die private Initiative auf diesem Gebiet ausschliessen; doch sollte letztere unter Kontrolle der staatlichen Institutionen arbeiten und von diesen die betreffenden Heilmittel erhalten und wenn nötig und möglich auch vom Staate subventioniert werden.

Läbirääkimised. Diskussion.

Alver: Arvamine, et meie muda radioaktiviteedi küsimus problemaatiline on, ei vasta tõele: Prof. Borgmann leidis mitmekordsete uurimiste juures Eesti kurortide mudas raadiumi. Küsitav on veel, kas teda niisugusel arvul olemas on, et tema suuresti mõjuks terapöitiliselt. Dr. Falki metood — puhas muda —, ei ole uus, ta on ka Haapsalus katsutud, kuid on jälle vana metoodi juurde tagasi mindud. Üksikud haiged, keda Dr. Falk demonstreerib, ei põhjenda tema metoodi ülekaalu: samasugused resultaadid on saavutatud ka meie metoodi juures. — Mõistagi tulevad meie kurordid Euroopa kõrgusele tõsta, kuid, et siin riik hotellisid jne. avaks, see ei vasta meie maa arenenemisele. Seda kõike tuleb jätta eraisikute, seltside ja omavalitsuste kätte. — Lõpuks tuleks tähendada, et on vahe Vene ja Poola muda, limaanide jne. ja meie meremuda vahel.

Falk: Es ist nirgends von quantitativen Befunden der Radiumemanation in unserem Schlamm die Rede. Ich meine nicht, dass die nach hier gebräuchlicher Weise verabfolgten Schlammbäder wirkungslos sind, sie sind aber nicht Schlammbäder, sondern Wasserbäder und haben die therapeutische Wirkung von letzteren.

*

39) Drd. med. J. Vilms-Tartu: **Taylorism tervisholulise vajadusena Eestis.** (Le Taylorisme comme nécessité hygiènique dans l'Esthonie).

1) Eesti väiksuse tõttu omandavad meie tervislised hädad olevikus ja tulevikus iseäralise tähtsuse, muu seas just intensiivse majanduslise ja kultuurilise võistluse tõttu teiste suurriikidega.

2) Mainitud võistlust aitab meid välja kannatada õieti teostud taylorismi maksmapanemine, mis tervislise profülaksise mõttes meid sotsiaalpatoloogilistest hädadest aitab päästa, üleväsimusest hoidmise ja parema hügieenilise eluviisi läbi, mis saavutakse suurema tööpalga ja lühema tööaja tõttu.

3) Taylorismi metoodi tuleb maksma panna samuti kõigil vaimuelu ja tööalul — kutsudes kõigepäält ellu eksperimentaal psühholoogia või psühhotehnika kabinetid, kui esimese sammu inimeste tööomaduste äramääram*i*seks.

4) Tayloristline töö on füsioloogiliselt terve töö, sest lihtsate liigutuste tõttu on võimalik teostada töörütmi, mis läbi tegelikult muskel kaua väsimata võib töötada. Töö aega tuleb seejuures vähendada.

5) Kultuurilise ja majanduslise kasu seisukohalt, mis on rahva tervise algtingimus, tuleb nõuda taylorismi järkjärgulist maksmapanemist riiklise või seltskondlise tervishoiulise arstide kontrolli kaasabil.

6) Eelpooltoodud põhjusel arvan mina, et just arstid esimesena peaksid propageerima taylorismi, sest kui on selge tervishoiuline kahjutus, siis ei võitle tema vastu enam töölised ega sotsialistlised elemendid.

Läbirääkimised. Diskussion.

Jürgenson: Praktilisse ellu viia on raske taylorismi: peaks rohkem kasvatama töölisi aru saama oma töö väärtusest; gruppeerida tuleks korralikumaid töölisi ühtekokku lühendades nende tööaega; lohakumad töölised jälle peavad rohkem töötama.

Tamm: Taylorism, niisugusena, nagu seda Taylor ise soovitanud, on ennast praktilises elus kõlbmatuna näidanud.

Enne kui teda arstide poolt uuesti soovitama hakata, peaks ta teadusliselt uuesti läbi uuritama ja ka tööstuse praktikas ära proovitama. Alles siis võiks arstid uue taylorismi soovitamisega esineda.

Vilms: Pole uut taylorismi teadusliselt võimalik luua, on võimalik ainult vana taylorismi halbu külgi ära kaotada. Taylorismi võib teostada ka praktilises elus — kirjutuslauad, tubade sissesead jne. mil viisil kõige väiksema jõukuluga võime häid tagajärgi saavutada.

*

40) Dr. med. E. Fischer-Dorpat: **„Die Aufgaben des Arztes als Kulturträger in nächster Zeit“.**

Nach den grossen, welterschütternden Ereignissen der letzten Jahre sind dem Arzte Aufgaben erstanden, von deren Zweckmässigkeit und rascher Lösung das Wohl und Wehe der zukünftigen Generationen abhängt. Schon Descartes hat die Ansicht ausgesprochen, dass wenn es überhaupt Mittel gäbe die Menschen zu vervollkommnen, diese Mittel nur in der ärztlichen Wissenschaft gesucht werden könnten und Gladstone war überzeugt, dass der Arzt berufen ist der frei gewählte Führer der Menschheit zu werden.

Um diese hohe Aufgabe zu lösen, müssen wir Ärzte zunächst bei jeder Gelegenheit die Menschen an unserem Wissen teilnehmen lassen und des weiteren auf gesetzgeberischem Wege auf die Einführung eines der Auffassungsmöglichkeit der Schüler entsprechenden Kursus der medizinischen Wissenschaften in den Volks- und Mittelschulen als obligatorisches Schulfach dringen und für die Vorbereitung der Lehrerschaft zur Erfüllung dieser Aufgaben sorgen. Wie segensreich können z. B. Mütter auf das Glück zukünftiger Generationen wirken, wenn sie wissen, wie man ein Kind vom ersten Lebenstage an normaler Weise ernähren, pflegen und erziehen muss. Sehen wir doch fast täglich, wie Eltern aus Unwissenheit die schlimmsten Feinde ihrer Kinder werden.

Ausser dem direkten Nutzen würde dadurch fraglos das gesamte Kulturniveau des Volkes gehoben und das Verständnis für medizinale und wohlfahrtliche Gesetzgebung geschaffen werden. An dieser Verständnislosigkeit, selbst

in gebildeten Kreisen, scheitern oft die nützlichsten und notwendigsten Verordnungen.

In zweiter Linie müsste sich der Einfluss der Aerzte viel mehr als bisher in der Erziehung der Jugend in Haus und Schule bemerkbar machen. — Seiner Beratung müsste nicht nur der physische Gesundheitszustand unterliegen, sondern das Seelenleben mit allen seinen oft krankhaften Aeusserungen. — Die grosse Gruppe von Menschen, die heutzutage an einem Insuffizienzzustande des Nervensystems leidet, erhöhte Reizbarkeit desselben, Unzufriedenheit und Unlust und Unvermögen zur Betätigung im Leben aufweist, kann durch Hinweisen und Anhalten zur Arbeit in dieser ein ausgezeichnetes und sicherwirkendes Heilmittel finden. Die zur Ausführung einer Arbeit angewandte und notwendige Aufmerksamkeit lässt die oft quälenden Gedanken in den Hintergrund treten, schafft dadurch für diesen meist in unnützer Weise in Anspruch genommenen Teil des Gehirnapparates Ruhe und Erholung, die erhöhte Reizbarkeit lässt allmählich nach und der bei jeder vollführten Arbeit augenscheinlich zutage tretende Erfolg erweckt das verloren gegangene Selbstvertrauen und die Hoffnung auf Genesung, die Unlustgefühle fangen an normalem Empfinden Platz zu machen.

Durch die Gesetzgebung auf eine dem heutigen Stande der Wissenschaften entsprechende Regelung des Sexuallebens zu dringen ist eine weitere Aufgabe für die Ärzteschaft. — Wir Ärzte sind dazu berufen, der Menschheit es klar zu machen, dass die sexuelle Betätigung nicht zu einem Akt der Genusssucht, zu einer Erwerbsquelle für minderwertige Individuen herabgewürdigt werden darf. — Der Einwand, dass staatliche Eingriffe in das Gebiet des Geschlechtslebens unzulässig seien, ist aufs Energischste zurückzuweisen.

In der in den meisten Kulturstaaten zu Recht bestehenden Monogamie werden — bei zweckentsprechender Ausgestaltung der Ehegesetzgebung — die Interessen beider Gatten, der Nachkommenschaft, der Gesellschaft und des Staates am Besten gewährleistet. — Die geschlechtliche Abstinenz übt — wie jetzt wohl ziemlich allgemein anerkannt wird — keinen gesundheitschädigenden Einfluss auf den Menschen aus, daher die Erziehung in Haus, Schule und Staat die Menschheit dazu zu führen hat, dass sie durch Ausbildung psychischer Hemmungen und Arbeit dahin gebracht werde, die sexuelle Betätigung bis zur Eingehung der Ehe aufzuschieben. — Die die sexuelle Erregbarkeit fördernden öffentlichen Schaustellungen und Literaturerzeugnisse müssen der heranwachsenden Jugend vorenthalten und sexuelle Sittenreinheit für gewisse Berufsarten (Lehrer, Ärzte, Advokaten, Geistliche usw.) als Bedingung zur Ausübung ihres Berufes vom Staate und der Gesellschaft gefordert werden.

Die grosse Bedeutung der Ergebnisse sozialpolitischer und rassehygienischer Forschungen zwingen uns die Forderung aufzustellen, dass nur staatlich im Standesamt vollzogene Eheschliessungen als gesetzlich anerkannt werden sollen, da die einzelnen Glaubensgemeinschaften im Staate in Bezug auf die Eheschliessungen und Ehetrennungen verschiedene Auffassung haben, die nicht immer mit den Anschauungen der medizinischen Wissenschaft in Einklang zu bringen sind.

Durch Beispiel und Belehrung soll auf die Vereinfachung der Lebensführung hingearbeitet werden, damit die Eingehung der Ehe mit

der Möglichkeit der Fortpflanzung allen normalen Menschen ermöglicht würde. Sozialminderwertigen Menschen soll die Möglichkeit gegeben werden, ihre Kinder in staatliche Anstalten zur Erziehung unterbringen zu können. — Sozialschädliche Individuen jedoch müssen durch Tötung (? d. Red.), Anstaltsbewahrung oder Sterilisation unschädlich für die Gesellschaft gemacht und an der Fortpflanzung behindert werden.

Rassenhygienische Bestrebungen, bekannt schon im Altertum, sind in der neuesten Zeit hauptsächlich durch die Lebensarbeit von Francis Galton, in Fluss gekommen.

Weitere Arbeiten über das Problem der Vererbung vom Abte Gregor Mendel (1865), Correus, de Vries, Tschermak u. A. haben das Fundament für die neue Wissenschaft der Eugenik gebildet, deren Resultate bereits in Amerika in vielen Staaten in der sexualen Gesetzgebung Anwendung gefunden haben. — Auch in Deutschland wird bereits mit Entschiedenheit für zweckentsprechenden Erlass eines Eheverbotes für Minderwertige eingetreten. Vom Münchener ärztlichen Verein wird bei Anstellung geprüfter und vereidigter Eheberater von Staatswegen verlangt, von deren Gutachten die Zulassung der Eheschliessnng abhängig gemacht verden soll.

Sobald wir nun eine brauchbare Gesetzgebung für die Ehe geschaffen haben, umso konsequenter Weise ein Verbot für ausserehelichе, polygame sexuelle Betätigung erfolgen muss und die Prostitution verschwinden wird.

Noch zwei Aufgaben will ich hier erwähnen, deren Lösung in nächster Zeit wir zu fördern hätten. Die Ergebnisse unserer medizinalen Gesetzgebung, gleichwie die Resultate der Forschungen auf dem Gebiete der sozial-medizinischen und rassehygienischen Wissenschaften müssten in den medizinischen Unterricht an der Hochschule eingefügt werden. Der Besuch solcher Vorlesungen müsste auch für die angehenden Pädagogen obligatorisch sein.

Zuletzt eine Frage der Personalhygiene: wir müssen darauf dringen, dass die Krankenhaus- und Bewahrungsanstalten-Fragen auf gesetzgeberische Weise so gelöst wird, dass jeder Mensch im Staate unabhängig von seiner jeweiligen Zahlungsfähigkeit im Benötigungsfalle Aufnahme fände.

Ich bin mir sehr wohl bewusst, dass alle die hier erwähnten Aufgaben nicht sogleich verwirklicht werden können. Es ist aber wichtig und notwendig, dass die gesamte Aerzteschaft zu ihnen Stellung nimmt, und dass unsere gesetzgebende Körperschaft auf wohlfahrtlichem und medizinalem Gebiete von einem autorativem Organe, wie unserem Aerzteverbande Anregung, Richtlinien und Grundzüge erhalte, damit in dieser Richtung ein allmählicher, planmässiger Aufbau zum Wohle des ganzen Volkes stattfinden kann.

Läbirääkimised. Diskussion.

Fehrmann: Exogame sexuelle Betätigung und Prostitution haben mit Ehegesetzen nichts zu tun und werden mit dem Erscheinen derselben nicht verschwinden.

In einem Lande, welches sich, wie Estland im Stadium der Abnahme der Bevölkerungszahl befindet, muss man ganz besonders vorsichtig mit der Edition von Ehegesetzen sein, da jegliche Eugenik vor allem durch einen überschüssigen Bevölkerungszuwachs bedingt wird.

Raudsepp: Dr. Fischer'i ettepanekuid Eesti tervishoiu tõstmise suhtes

tuleb tervitada. Tervishoiu muuseumi asutamine Tartus on juba otsustatud, kuid üks sarnane asutus ei suuda küllalt laialt mõjuda. Oleks tarvilik asutada rändavat tervishoiu näitust. Peaks peatselt ametisse pandama arst, kellel ülesandeks, nõutada eksponaate tähendatud näituse jaoks. Sel näitusel oleks iseäranis suur tähtsus meie enam mahajäänud maanurkade tervenduse suhtes (näit. Petseri maakond).

Koosoleku lõpp k. 1,10 min.

II Sektsioon: Kliiniline meditsiin. — II Section: Médécine clinicale.

Koosolek 3. detsembril 1921 a., kell 9 e. l.,
geoloogia kabineti auditooriumis.

Koosoleku avas kongressi abiesimees prof. Dr. K. Konik. Auesimeesteks valitakse dotsent Dr. J. Alksnis-Riiast, Dr. G. Reiman ja prof. Dr. W. Zoege v. Manteuffel-Tallinnast; kirjatoimetajateks Drd. med. O. Prima ja Drd. med. A. Valdes-Tartust. Kanti ette järgmised 7 eeskava-kõnet ja 2 demonstratsiooni:

41) Prof. Dr. W. Zoege v. Manteuffel-Reval: **„Nasenplastische Operationen“.** In der Einleitung zu seinem, infolge Versagens des Projektionsapparates leider nicht zu Ende geführten Vortrages, betonte Ref. die Notwendigkeit, dass die Nasen aus Lappen aufgebaut werden, in welche durch freie Transplantation Knochen- resp. Knorpelspangen eingeflanzt worden sind. (Referat dem Sekretariate nicht übergeben worden.)

*

42) Prof. Mintz-Riga: **„Erfahrungen über Chirurgie der Hinterhauptsgruben“.**

An der Hand von 26 Fällen (Tumoren, Cysticercusblasen, Meningit. circumscripta serosa etc.), von denen 7 operativ geheilt sind, bespricht M., unter Beiseitelassung des neurologischen Teiles, die Rolle der technischen Schwierigkeiten für die postoperative Prognose.

Er betont die bessere Prognose der zystischen Erkrankungen. Spricht sich für kombinierte lokale und Äthernarkose und strikt gegen Chloroform und die sonst sehr zu empfehlende intravenöse Hedonalnarkose aus.

Für den 2. Akt ist die Kopfhaut innerhalb der ersten 2 Wochen schwer aseptisch zu machen. Die erzielte Asepsis genügt für Heilung der Kopfschwarte, jedoch nicht für den Liquor, in welchem dekrepide Bakterien weiter wachsen können. Nach 3—4 Wochen ist auch das Blutgerinnsel zwischen Kopfschwarte und Dura bindegewebig ersetzt und bakterienfrei. Das Auskneifen des Knochens kann schwere Blutverluste geben, weniger das osteoplastische Verfahren. Die durch Abreissen der Vene vom Confluens gelegentlich des Umbrechens des Lappens gesetzte Blutung stillt ein für 3 Minuten aufgedrücktes Muskelläppchen. — Blutungsgefahr bringen in der Tiefe anomale, von den Sinus zum Kleinhirn ziehende Venen, Äste der a. cerebelli post sup., Geschwulstbett-Arterien, z. B. die a. auditiva bei den Kleinhirnbrückenwinkel-

tumoren, welche nach Luxation des Tumors nachbluten und zur letalen Medullarkompression führen können, wie M. das erlebte. Das Umklappen des osteoplastischen Lappens bis in das for. occipitale hinein gab in keinem Falle schwere Erscheinungen. Von grosser Bedeutung ist die von M. beschriebene postoperative Meningitis oder Hyrocephalia postoperativa externa, welche durch methodische Punktion bekämpft werden kann, unter Umständen aber durch hydraulische Pressung die Narbe aufgehen lassen kann, woraufhin sekundär schleichende Meningitis eintreten kann.

Die Tumorexstirpation lädiert das Hirn, doch überlastet die Extrusionsmethode den 1. Akt, ferner kann der Druck der geborenen Geschwulst eine Richtung einschlagen, welche für die Medulla verhängnisvoll werden kann.

M. findet seine Resultate ungefähr ehenso schlecht, wie die anderer Chirurgen, z. B. V. Eiselsberg. Immerhin soll damit nicht gesagt sein, dass der Chirurg kapitulieren soll.

Läbirääkimised. Diskussion.

Wanach stimmt mit dem Vortr. darin durchaus überein, dass die Aethernarkose auch bei Hirnoperationen wegen ihrer geringeren Gefährlichkeit dem Chloroform vorzuziehen ist. — Die Hauptgefahr bei Kleinhirnbrückenwinkeltumoren sieht W. in der Nachblutung im Geschwulstbett, während die primäre Blutung sich wohl immer stillen lässt. Das Abbrechen des Knochenlappens führte in einem Fall momentan zum Tode.

Dr. Kron: Wenn wir aus der Statistik des Vortr. die Cysten und Granulationsgeschwülste, die eine Sonderstellung einnehmen, ausschliessen, so muss diese, die übrigens der Statistik der besten Kliniken entspricht, als recht ungünstig betrachtet werden. Bei den im Kleinhirnbrückenwinkel gelegenen Tumoren ist die Prognose noch schlimmer. Ich habe vor Jahren angenommen, dass die postoperative Blutung deshalb erfolgt, weil infolge des plötzlichen Aufhörens des Druckes die alterierten Gefässe zu bluten beginnen, bin aber dann davon abgekommen, als ich in einer Reihe von Fällen keine pathologisch-anatomischen Gefässveränderungen nachweisen konnte. Sehen wir also von den Haematomen ab, auch von der Meningitis serosa postoperativa, so kommen doch noch gefahrdrohende Momente hinzu, in Form der Hirnschwellung, die ein besonders gefährliches Gebiet, Bulbus und Pons — betreffen. Es ist ziemlich gleichgiltig, ob Chloroform oder Aether in Anwendung kommt, beide sind recht schädlich, von der Morphiumanwendung möchte ich warnen. — Die meisten Patienten gehen an Atmungslähmung zu Grunde. Es wäre in Betracht zu ziehen, dass infolge der Lagerung des Patienten mit zur Brust gedrücktem Kinn die Atmung beeinträchtigt wird, das ohnehin labile Atmungszentrum wird wohl dadurch auch ungünstig beeinflusst.

*

43) Dozent Dr. Jankowski-Riga: **Ueber totale Oesophagusplastik.**

Nach kurzer Literaturübersicht über den Entwickelungsgang der erwähnten Operation schildert der Vortr. 4 von ihm wegen Oesophagusstenose infolge Laugenvergiftung operierte Fälle. Zwei Patientinnen sind nach der Operation wieder imstande jede per os zugeführte Speise zu geniessen. Eine derselben, deren Körpergewicht auf 107 Pfd. gesunken war, hat jetzt 172 Pfd. erlangt, fühlt sich wohl und ist arbeitsfähig; diese Pat. wird vorgestellt. An

ihr sieht man, wie flüssige und feste Speisen glatt in den Magen hinuntergleiten, wobei starke Peristaltik im Darmschlauche bemerkbar wird; (per os durch den antethorakalen Schlauch wird die Speise bei ihr schon seit Beginn dieses Jahres zugeführt). Bei den zwei anderen Pat. sind die Darmschläuche, sowie die Oesophagusfisteln hergestellt, es fehlt bloss der verbindende Hautschlauch. Der Vort. legt besonderes Gewicht darauf, dass bis der eingreifenden Operation durch eine weit angelegte Gastrostomie der Kräftezustand des betr. Pat. gehoben wird. Die Herstellung des Darmschlauches wird einzeitig, ohne Durchtrennung des Dünndarmes an der Magenanastomose hergestellt. Nach Anlegung der Oesophagusfistel wird zuletzt der Hautschlauch mit Umschneidung der Darm- und Oesophagusfisteln gebildet, wobei das Unterhautzellgewebe (ohne Berührung der Schleimhäute) genäht wird. Es folgen weiterhin angeführte Schlusssätze:

1) Nach ausgeführter Gastrostomie muss unbedingt durch reichliche Nahrungszufuhr der Kräftezustand der Pat. gehoben werden, bevor man zu der Oesophagoplastik schreitet.

2) Zur Bildung des Darmschlauches wird, nach Unterbindung 3—4 Arkaden, das Jejumen 40 cm. peripher vom Dünndarm durchtrennt, die Darmenden werden blind geschlossen, das ovale Ende wird seitlich mit dem Jejumen vereinigt, das aborale Ende — hinter dem Colon transversum, an der Vorderseite der Pars pylorica mit Herstellung einer seitlichen Anastomose, subkutan antethorakal bis zum 3. linken Rippenknorpel gezogen.

3) Bei der Ausführnng der seitlichen Anastomose zwischen dem Magen und Dünndarm wird der letztere an dieser Stelle nicht durchtrennt.

4) Nach Freilegung und querer Durchtrennung des Oesophagus wird das periphere Ende desselben mit Katgut an der Halsmuskulatur fixiert, das zentrale — in die Hautwunde eingenäht.

5) Die Bildung des antethorakalen Hautschlauches geschieht in der Weise, dass einen Zentimeter rechts von der Oesophagus- und der Darmfistel ein Längsschnitt angelegt wird, ebensoweit nach oben von der Oesophagusfistel und nach unten von der Darmfistel werden dann 3—4 fingerbreit Querschnitte ausgeführt und ihre Enden links werden wieder durch einen zweiten Längsschnitt vereinigt. Der Hautlappen wird dann links türflügelartig freigelegt, nach rechts umgeklappt; an dieser Hautduplikatur wird das Unterhautzellgewebe mit Katgut aneinandergenäht. Durch Entspannungsschnitte und Lappenverschiebung wird der Hautschlauch plastisch gedeckt, wobei durch Tamponade, insbesondere der Supraklavikulargruben, die unvermeidliche Infektion des Operationsfeldes zu hemmen ist.

In einem Falle hat Ref. eine unangenehme Eiterung aus dem zentralen Oesophagusabschnitt erlebt, welche recht tief in das Mediastinum hinabreichte. Zu erwägen ist die Frage, ob man doch nicht lieber von dem queren Durchschneiden der Oesophagus absieht und sich mit einer seitlichen Incision begnügt, um Mediastinaleiterungen vorzubeugen.

Läbirääkimised. Diskussion.

Krause hat vor 5 Jahren 2 Fälle von antethorakaler Oesophagus-Haut-jejunalplastik gesehen, die Leo Bornhaupt mit Glück operiert hatte. Das Interessante bei der Demonstration bestand namentlich darin, dass man die

Funktion der Pharynxmusculatur kontrollieren konnte, denn der Speisebrei wurde geradezu mit grösster Schnelligkeit durch den unbeweglichen Hautschlauch geschleudert, um später mit peristaltischer Bewegung langsam im Magen zu verschwinden. Das Resultat der Operation war hervorragend.

Mintz betont das wenig Dankbare der methodischen Sondierung unter oesophagoskopischer Kontrolle. Man erreicht eine Dilatationsgrenze, über welche hinaus man nicht gehen kann, wobei aber das Resultat nicht nur nicht erhalten bleibt, sondern sogar durch Entzündung und Dilatationstrauma verschlechtert wird.

Zoege v. Manteuffel begrüsst das glänzende Resultat. Weist dann aber darauf hin, dass zur Vermeidung der Striktur die frühzeitige Sondierung gleich nach der Verletzung vorgenommen werden kann, ohne Furcht eine Perforation zu verursachen, wenn man dicke weiche Sonden nimmt — gut eingesalbt. — Perforiert Oesophagus und Magen, so ist die Tiefe der Verletzung daran Schuld, nicht die Sonde. Es wird also in der Hand der erst hinzugezogenen Ärzte liegen, die frühzeitige Sondierung zu veranlassen.

Masing: Die Sondenbehandlung der frischen Verletzungen nach Professor Zoeges Rat habe ich auch angewandt und keine unangenehmen Folgen gesehen; aber freilich habe ich auch bei dieser Behandlungsmethode keineswegs oft Erfolge gesehen; die Stenose tritt trotz der Sondierung ein.

*

44) Prof. R. Wanach-Dorpat: **Die chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi.**

Das unkomplizierte frische Ulcus ist nicht zu operieren. Ausnahme: ständig zunehmende Anämie in Folge von konstanter okkulter Blutung.

Von Folgezuständen sind unbedingt zu operieren: narbige Pylorusstenose und hochgradiger Sanduhrmagen. Perigastritis mit flächenhaften Adhäsionen lässt man besser in Ruhe, doch giebt es Ausnahmen. Strangförmige Adhäsionen mit Abknickung und Stenosenerscheinungen erfordern einen chirurgischen Eingriff. Wichtig die Röntgendiagnose.

Die Komplikationen sind in akute und chronische zu teilen. Bei akuter Blutung soll nur ausnahmsweise operiert werden. Wiederholte heftige Blutungen erfordern einen, meist schweren, Eingriff im Intervall. Perforationsperitonitis und Abszesse (subphrenische) müssen sofort operiert werden. Chronische Komplikationen: beim Ulcus callosum ist nur von der Operation Dauerheilung zu erwarten, doch kann man den Zeitpunkt wählen. Diagnose zuweilen schwierig. Abwarten ist bei Ulcus pylori zwecklos, bei pylorusfernem Ulcus erlaubt. Das penetrierende Ulcus ist immer zu operieren. Die Prognose ist von der Richtung der Penetration abhängig. Sie ist sehr ernst bei Perforation in das Pankreas und in das Colon transversum. Es ist Aufgabe des behandelnden Arztes, es nicht zu diesen schweren Komplikationen kommen zu lassen. Schablonenhaft nur die Gastroenterostomie oder nur die Resektion anzuwenden ist falsch. Die G. E. ist viel weniger gefährlich (Mortalität 2,5—4% gegen 8—12% bei Resektion) und leistet sehr viel. Seine Hauptdomäne ist die narbige Pylorusstenose und das pylorusnahe Ulcus. Circulus vitiosus kommt bei richtiger Technik kaum mehr vor. Resektion schützt nicht vor Rezidiven. Resektion des Ulcus ist nur ausnahmsweise zulässig. Pylorusresektion gut, aber meist zu umgehen. Querresektion ist ein schwerer, aber zuweilen not-

wendiger Eingriff. Die Gefahr der Resektion lässt sich durch zweizeitiges Operieren herabsetzen. Das Ulcus pepticum jejuni ist eine Folge der Operation, seine Entstehung lässt sich durch gute Technik, sorgfältige Schleimhautnaht und Vermeiden von inneren Seidennähten verhüten. Die Gefahr der karzinomatösen Entartung des Ulcus ist nicht gross (3—5%). Die Pylorusausschaltung scheint die Entstehung des Ulcus pepticum zu begünstigen, sie kann aber bei Ulcus duodeni nötig sein.

Ein Fortschritt in der Ulcusbehandlung ist von der besseren Erkenntnis der Pathogenese zu erwarten. Diese ist nicht einheitlich. Bei der Wahl der Operationsmethode spielt die klinische Erfahrung des Einzelnen eine ebenso grosse Rolle, wie statistische Ziffern. Diese dürfen nicht zu schablonenhaftem Handeln verleiten.

*

45) Dr. W. Krause-Reval: **„Über die chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi et duodeni".**

Wenn man die Berichte der einzelnen Chirurgenkongresse liest, so können einem die Meinungsverschiedenheiten über die chirurgische Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarm-Geschwürs nicht genug auffallen. Während einzelne Chirurgen noch der vorderen Gastroenterostomie treu geblieben sind, so halten wiederum die Mehrzahl derselben die hintere für das rationellere Verfahren, andere Operateure operierten mit angeblich vorzüglichen Resultaten nach der Rouxschen Methode und andere wieder fast ausschliesslich mit vertikaler Jejunalschlingenanheftung. Auch über das Indikationsgebiet der Gastroenterostomie hat man sich noch nicht einigen können, ebensowenig wie über das Indikationsgebiet der Resektion.

In Anbetracht dessen scheint jeder weitere Versuch der Ulcusfrage näherzutreten Anspruch auf Berechtigung zu haben — namentlich wo gerade bei uns zu Lande die Ulcustherapie im Vordergrunde des Interesses steht — daher ich über mein aus 344 Magenoperationen gewonnene Ulcusmaterial von 207 Fällen, zu berichten mir erlaube.

Anatomisch lagen: 135 Ulcera am Pylorus, 35 am Duodenum, 37 an der Curvatura minor (einmal zu gleicher Zeit mit 2 Pylorusulcera (Resektion).

Operations-Methoden:

103	mal	Gastroenterostomie
43	„	„ und Enteroanastomose
28	„	„ und Ausschälung mit Seidenfaden
17	„	Resektion
12	„	Gastroenterostomie und Übernähung des perforierten Ulcus
5	„	Sekundäreingriffe
2	„	Ulcusausschälung nach Kraske.

Resultate:

Von 176 Gastroenterostomien 12 (= 6,75%) verloren (4 Blutungen, 2 Pneumonieen, 3 Circulus, 2 Peritonitis, 1 technischer Fehler);

von 17 Resektionen: 3 (= 17,6%) ad exit. gekommen;

von 12 Perforationen: 6 gestorben (2 Pneumonieen, 4 Peritonitis).

Die Nachuntersuchung von 50 mit Gastroenterostomie behandelten Kranken (43 Pylorus-ulcera, 7 — der kl. Curvatur) im Intervall von $^1/_2$—15

Jahren postoperat. ergab: bei den Ulcera und Pylorus 85% Heilung plus Besserung ein Jahr postoperat.; 77% Heilung plus Besserung im Intervall von 3—15 Jahren postoperat. Von 7 ulcera der Curvatura minor 4 geheilt, 1 gebessert; 2 Ulcera der kl. Curvatur, operiert nach Kraske, ergaben: in 1 Fall Recidiv nach 1 Monat, im anderen Falle Heilung (Operation vor 6 Monaten).

Was die Operationsmethoden anbelangt, so haben wir in der Mehrzahl der Fälle die hintere Gastroenterostomie (isoperistaltica-inferior horizontalis) ausgeführt. Die Anastomosenstelle, ca. 4 Querfingerbreit lang, wurde aus der tiefsten Stelle des Magenfundus, ungefähr 7 cm. entfernt vom Pylorus angelegt. Die Jejunumschlinge wurde so kurz wie möglich genommen. Trotz sorgfältiger Fixation des Anastomosenringes im Mesocolonschlitz, haben wir in 4 Fällen wegen chronischen Circulus relaparatomieren müssen: zweimal fand ich Abknickung des abführenden Schenkels vor, zwei andere Male störten Verwachsungen die Jejunaldarmpassage. Der Umstand, dass die Entleerung des Mageninhalts nach der Kocherschen Gastroenterostomie leichter vonstatten ging, wie nach der vertikalen hinteren Gastroenterostomie, hat uns bewogen, bei mechanischer Stenose der Kocherschen Methode den Vorzug zu geben, und zwar aus folgenden Gründen:

1) gestattet sie die Anlegung einer grösseren Öffnung;

2) liegt die Anastomose mehr am Magenfundus und weniger an der hinteren Magenwand;

3) lässt sich bei eventl. eintreffendem Circulus zwischen den Darmschenkeln leichter eine Enteroanastomose anlegen, wie bei der vertikalen Methode, wo man gezwungen ist, die vordere Gastroenterostomie hinzuzufügen.

Die Vereinigung der Darmlumina erfolgte mit doppeltetagiger Naht, wobei die Schleimhaut öfters mit Catgut genäht wurde. Die Gastroenterostomie ergab die besten Rsultate (90% Heilung) bei organischer Stenose des Pylorus resp. Duodenums. Gewohnt, ein beständiges Hindernis zu überwinden, hat sich der Magen anscheinend durch Hypertrophie der Muskulatur genügend vorbereitet den Speisebrei durch die neuanzulegende Öffnung zu befördern. Anders steht es im Falle, wo wir den Pylorus offen finden. Hier findet sich schon während der Operation, im Gegensatz zur ersten Gruppe, öfters ein nicht dilatierter Magen vor, und gerade dieser Befund ist uns oft massgebend gewesen für die Wahl der geeignetenfalls anzuwendenden Operationsmethode. Theoretisch liegt ja der Gedanke nahe, in dem Falle mit offenem Pförtner denselben, sei es dauernd, sei es temporär, völlig zu verschliessen. Andererseits muss nicht vergessen werden, dass dem Pylorusmuskel seine physiologische Bedeutung nicht ohne weiteres abgesprochen werden kann. Ich erinnere nur an den, namentlich bei fetter Kost so notwendigen retrograden Gallenrückfluss in den Magen. (Höber). So geht dann auch aus unserem Material hervor, dass praktisch die einfache Gastroenterostomie ohne Ausschaltung dasselbe leistet. Im Gegenteil haben wir nach der Pylorusausschaltung einige Tage nach der Operation des öfteren schwere Mageninhalts-Stauungserscheinungen erleben müssen und einen Kranken an akutem Circulus verloren.

Zu Gunsten der Ausschaltung wird angeführt, dass sie bestehende Blutungen günstig beeinflussen soll. Dem gegenüber wäre festzustellen, dass Enderlen und Henle trotz Pylorusausschaltung 4 Tage nach der Opera-

tion je einen Kranken durch Nachblutung aus dem Geschwür verloren haben, von Eiselsberg sah eine ähnlich operierte Kranke 10 Monate später an Blutungen erliegen u. a. m. Auch wir haben einen Patienten an akuter Ulcusblutung trotz Ausschaltung verloren. Des weiteren ist eine gewisse Skepsis inbezug auf die radikale Heilung eines Duodenal, resp. Pylorus-ulcus auch nach der Ausschaltungsmethode nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, und ist es noch lange nicht bewiesen, ob man mit der einfachen Gastroenterostomie nicht ebenso gute Resultate erreichen kann. Eins — und dieses betont schon Bier — scheint festzustehen, dass sich nämlich an der Stelle, wo das Gedärme gerafft, — namentlich aber ligiert worden ist, — später grössere Narbenstränge, Schwarten und Schleimhautnekrosen bilden können. Dieses haben auch wir bei relaparatomierten Kranken 2 mal beobachten können. Beide mal war der Pylorus zumal doch nicht völlig fest. Diese Narbenstränge können aber des öfteren Pyloruspasmus und Adhäsionsbeschwerden hervorrufen (von Bergmann-Rössle). Anders bei der gewöhnlichen Gastroenterostomie: hier kann nach eventuellem Heilen des Ulcus sich der Pförtner fast der Norm entsprechend regenerieren und synochron mit der Anastomose seiner physiologischen Funktion nachgehen (Kocher). Was unser Ausschaltungsmaterial anbetrifft, sei erwähnt, dass wir einmal wegen Ulcus pepticum relaparatomieren mussten, und ein zweites mal klinisch keine dauernde Besserung erzielen konnten.

Aus obengenannten Gründen wenden wir, wenn überhaupt die Gastroenterostomie in Frage kommt, bei offenem Pylorus die hintere Gastroenterostomie ohne den Pförtner zu stenosieren, an, und zwar nach der Kocherschen Methode und fügen zugleich eine Enterostomose hinzu:

1) weil sie die besten Abflussbedingungen schafft;

2) weil sie den Circulus absolut vermeidet;

3) weil wir gesehen haben, dass sie den Heilungs-Prozess nicht schlechter beeinflusst, wie die Ausschaltungsmethode.

Zuletzt möchte ich noch erwähnen, dass bei Anlegung einer einfachen hinteren Gastroenterostomie nicht zu schematisch verfahren werden sollte: hier kommt alles auf die individuellen anatomischen Verhältnisse an und müssen wir es von denselben in jedem einzelnen Falle abhängen lassen, wie wir operieren sollen, namentlich was die Anastomosenschnittführung (Völker) und Jejunalschlingenanheftung (kurz oder lang, anti oder isoperistaltisch mit oder ohne Resektion des Ligamentum Treitcii) anbetrifft. (Über die Resultate der Gastroenterostomieen s. oben.)

Von 17 Resektionen starben 3. Die Todesursache lag in technischen Fehlern. Es wurde in der Regel über die Hälfte des Magens exstirpiert und nach der Methode Bilroth II operiert. Bei Ulcera der kleinen Curvatur wurde einige mal die Querresektion ausgeführt. Bei der Methode Bilroth II wurde das Jejunum anteperistaltisch, entweder in den ganzen, oder aber in den partitiell vernähten oralen Magenstumpf hereingenäht. Der Duodenalstumpf wurde stets nach der doppeletagigen Tabaksbeutelnaht entweder mit Pancreasgewebe oder aber mit Netz übernäht.

Gleichwie nach der Gastroenterostomie, als auch nach der Magenresektion, haben sich ausgiebige Magenspülungen sehr bewährt.

Im Augenblick steht die Chirurgie des Magens im Zeichen der Resektion, jedoch fehlen noch ausreichende Mitteilungen grosser Serien von postoperativen Dauererfolgen. Wir müssen daher das Indikationsgebiet der Resektion aufs präziseste formulieren.

Zu Gunsten der Resektion spricht vor allen Dingen die Gefahr der karzinomatösen Entartung des Magengeschwüres. Haben doch die mikroskopischen Untersuchungen einer grösseren Serie von Resektionspräparaten callöser Ulcera einen grossen Prozentsatz von Ulcuskarzinomen ergeben (Riedel fand 30%, Payr 26%, Küttner 31%, Mayo 68%, Hofmeisterburk 25%, Rodmann 77%, Kelling 76%, Jedlicka 26%).

Man könnte danach erwarten, dass die Gastroenterostomie des öfteren einer Palliativ-Operation gleichzustellen wäre. Dem widerspricht aber die Erfahrung gewichtiger Chirurgen (Kocher, Kümmel, Körte, Hochenegg, Poncet, Paterson), die nach der Gastroenterostomie beim callösen Ulcus nur mit einer sehr geringen Prozentzahl klinisch karzinomatöse Entartung beobachten konnten. Dieses ist nach Ansicht Biers u. a. dadurch zu erklären, dass versehentlich in den Mikroskoppräparaten karzinom-ähnlich aussehende Epithel-Wucherungen für wirklich karzinumatös entartete Partien angesehen worden sind. Ein grosser Übelstand ist es, dass man mikroskopisch während der Operation des öfteren nicht genau die Diagnose Ulcus callosum oder Carcinonom stellen kann. Von Lymphdrüsenmetastasen kann man sich in solchen Fällen nicht leiten lassen, da verhärtete und vergrösserte Lymphdrüsen, wie bei jedem chronisch entzündlichen Prozess, auch beim floriden Ulcus vorkommen können, was ich meinerseits auch habe mikroskopisch feststellen können. In diesen unklaren Fällen sollte die klinische Voruntersuchung für die Operationsmethode massgebend sein. Die Resektion stellt einen schweren, verantwortungsvollen Eingriff dar und sollte prinzipiell nur bei Ulcera des Magenkörpers und bei einem Teil der Ulcera am Pylorus stattfinden.

Hier noch einige Worte über die Schmerzbetäubung. Während wir in früheren Zeiten des öfteren in Lokalanaesthesie operiert haben, so sind wir zur Zeit Anhänger der allgemeinen Narkose. Am besten erscheint uns die Morphium-Skopolamin-Aethertropfnarkose mit tiefliegendem Kopfe:

1) Sie befreit den Kranken vor psychischer Erregung;

2) erleichtert, wie jede Narkose, die Bauchdeckennaht und

3) gibt sie nicht mehr postoperative Pneumonien, wie es bei Anwendung der Lokalanaesthesie beobachtet wird.

Was die Indikation zum operativen Eingriff anbetrifft, so muss jedenfalls nur dann operiert werden, wenn konservative Massnahmen nicht zum Ziele geführt haben. Hier muss ein beständiger Kontakt und individueller Meinungsaustausch zwischen Internisten und Chirurgen bestehen, und noch eben gelten die Worte, die Wanach bereits 1899 aussprach, dass „nur ein Zusammenwirken von Chirurgen und Therapeuten einen wirklichen Fortschritt zu Wege bringen wird."

Am Ende möchte ich ausdrücklich hervorheben, dass nach jeglicher Gastroenterostomie eine gründliche Ulcuskur stattzufinden hat, mit Ausnahme derjenigen Kranken, die wegen mechanischer Pylorusstenose gastroenterostomiert worden sind, und schnell „aufgefüttert" werden müssen.

Läbirääkimised. Diskussion.

Mintz.: Das pylorusferne penetrierende Ulcus ist ein dankbares Objekt für die Resektion. Die G. E. sollte bei dem Ulcus der kl. Curvatur nicht an der hinteren sondern an der vorderen Magenwand gemacht werden, weil die erstere durch das Ulcus allmählich aufgezehrt wird und man zu nahe an die Infiltra zionszone herankommt. Es kann falsch sein die G. E. zu nahe am Pylorus zu machen, da das pylorusferne Ulcus die Symptome eines gleichzeitig bestehenden Schleimhautulcus des Pylorus verschlucken kann. Die Magenstrassè wird nach den Beobachtungen von M. auch bei funktionierender G. E. Oeffnung benutzt. Es bleibt der individualisierende Standpunkt übrig, wenngleich auch nach eröffnetem Abdomen, unter Umständen, die Wahl der Operationsmethode nicht ganz leicht sein kann.

Zoege v. Manteuffel: Ich vermisse in der heutigen Darstellung der beiden Redner, wie überhaupt in den Arbeiten über die operative Behandlung des Ulcus ventriculi die wissenschaftliche Begründung der verschiedenen empfohlenen operativen Behandlungsmethoden. Die Statistiken mit z. T. gewiss glänzenden Berichten über die Resultate der Operationen, geben immer nur einen oder jenen Ausdruck dessen wieder, dass die Operation „gut“ ist. — So hörten wir vor Jahren die G. E. loben und zwar von dem einen die anterior, dann bald von allen die posterior. Ich selbst habe vor 20 Jahren die Resektion als Normalverfahren für Pylorusulcus empfohlen — bin aber nachdem dank der allgemeinen Meinung und weil die Operation oft unverhältnismässig schwer ist, mit allen ürigen Chirurgen zur G. E. zurückgekehrt. Neuerdings wurde dann wieder die quere Resektion zuerst beim Ulcus d. kl. Curvatur, dann bei derjenigen des Pylorus empfohlene und die allerletzten Statistiken weisen doch wieder auf die G. E. hin. Dieses Schwanken zeigt doch in einer Zeit, die über technische Probleme erhaben ist, dass die wissenschaftlichen Richtlinien bei der Indicationsstellung fehlen oder wenigstens ungenügend sind.

Die vielgerühmte G. E. bekämpft 2 Symptome — die Undurchgängigkeit des Pylorus und die Hyperazidität. Fehlt erstere, so ist ein Circulus möglich; diese Möglichkeit hat zu Hülfsoperationen geführt; immerhin ist Pylorusstenose eine Indikation: die Hyperazidität wird beseitigt. Aber auf eine ganz unphysiologische Weise. Gestört wird der physiologisch notwendige Übertritt der Galle in den Magen. Gestört wird die Bewegung des Magens. Burdenko hat durch Einnähen von Schrot in die grosse und kleine Curvatur im Röntgenbild die Bewegungen des Magens studiert und gefunden, dass ausser der peristaltischen Kontraktion starke Pendelbewegungen um die Längsachse auch am leeren Magen zu beobachten sind. Man hat ferner gesagt — die neue Oeffnung schont die Magenstrasse und bringt das Ulcus zur Heilung. Ich habe bei einer zweiten Laparotomie einmal nach 23 Jahren immer das alte Ulcus noch gefunden. Der eine Vortragende hat als Indikation zum Eingriff die drohende Blutung angeführt. Will er vielleicht so freundlich sein und hier sagen, wie er die drohende Blutung erkennt? Ich weiss das nicht. Auch nach geöffneter Bauchhöhle können wir das nicht sagen, ob eine Blutung droht. Ja wir können nicht selten das Ulcus nicht einmal bei der Autopsie erkennen, was nicht wunderbar ist, wenn wir an die von Bergmann und Rösler beschriebenen mikroskopischen Ulcera denken, die ich auch Gelegenheit hatte zu beobachten.

Einen grossen Teil der Übelstände und Mängel der G. E. vermeidet die Resektion: sie schafft vor allem eine den physiologischen Verhältnissen ähnliche Situation — sie beseitigt das Ulcus und den Pylorus und damit auch den Pyloruspasmus, den Bergmann z. B. als Ursache des Ulcus anschuldigt.

Die Ausschaltung des pylorischen Teils beseitigt auch die Hyperazidität. Sie stört nicht die Magenbewegungen. Sie verhindert Nachblutungen aus dem I Ulcus durch Zerrung bei der Operation. Sie beseitigt jene mikroskopischen Ulcera — vermutlich die Anfangsstadien des späteren Ulcus. Sie verhindert die Entwickelung eines Carcinoms auf dem Boden eines Ulcus. Sie hat nur einen Fehler: sie ist gefährlicher als die G. E. und gefährlicher als die Krankheit selber!

Wie kommen wir nun aus dem Dilemma, in das uns der Internist stellt, wenn er uns einen schweren, vergeblich behandelten Ulcuskranken zuweist.

Wir müssen entweder die Resektion zu einer ungefährlichen Operation machen, wie das, man kann wohl sagen, bei der queren Resektion der pylorusfernen Ulcera erreicht ist[1]). Oder wir müssen die Operationsfälle durch eine sorgfältigere klinische Diagnose, die den patholog. Befund genauer wiedergiebt, auswählen. Ein Fortschritt in dieser Richtung ist nur möglich durch genaue Untersuchung resezierter Fälle, wie wir das z. B. beim Appendix gesehen haben. Ich muss gestehen, dass ich, wie vor 20 Jahren auch jetzt den wissenschaftlichen Fortschritt nur in dieser Richtung erwarte, und daher Anhänger der Resektion bin.

Man wird mir einwenden — wir haben eine grosse Anzahl mit Anastomose operiert und sie sind fast alle gesund geworden — jedenfalls sind sie äusserst zufrieden und dankbar. Ulcera peptica kommen doch in sehr wenigen Fällen vor, Circulus kann man vermeiden. Ich gebe das alles zu, glaube auch, dass die Anastomose in Fällen, in denen die Resektion ein zu schwerer Eingriff wird (Adhaesionen) ihre Berechtigung behält. Eine wissenschaftlich befriedigende Operation ist sie nicht — und schematisch, sie als die Operation des Ulcus anzusehen ist ein Verzicht auf einen Fortschritt und ein Verzicht auf eine Erweiterung unserer Einsicht in das Wesen der Krankheit.

Konik: Ich stimme mit Prof. Zoege vollkommen überein, dass das Individualisieren eine recht schwierige Aufgabe ist. Bei eröffneter Bauchhöhle wissen wir oft nicht, welche Operation vorzunehmen ist. Ich operierte im vorigen Jahr einen Fall mit Magenulcussymptomen. Keine Adhaesionen und bei genauester Palpation des Magens war nichts durchzufühlen. Machte die Gastroenterostomie p. um nicht bei einer Probelaparotomie zu bleiben. Verlauf ohne irgend welche Komplikationen, zwei Wochen nach der Operation plötzlicher Kollaps mit Symptomen der Magenperforation, Exitus let. Die Sektion erwies ein ganz kleines perforiertes Ulcus an der kleinen Curvatur. In solchen Fällen ist wohl die genügende Eröffnung des Magens zu empfehlen um Aufklärung zu erhalten, welche Operation — ob Resektion oder Gastroenteroanastomosis — auszuführen ist.

---

1) Die Kraskesche Operation bei den pylorusfernen Ulcera ist vielleicht ein Ersatz für die quere Resektion. Für die Pylorusulcera hat sie keine Bedeutung.

Wanach hebt nochmals hervor, dass uns nur die Physiologie und innere Medizin einen weiteren Fortschritt in der Ulcusfrage bringen können. Der chirurgische Eingriff, welcher es auch sei, erleichtert nur dem Organismus seine auf die Selbstheilung gerichtete Tätigkeit. Was Ulcusdiathese ist, wissen wir nicht. — Die Entscheidung, wie wir operien, wird erst während der Operation gefällt, wobei der chirurgische Instinkt eine nicht geringe Rolle spielt.

Krause betont im Schlusswort, dass er die Anlegung einer Enteroanastomose bei offenem Pylorus für physiologisch hält: 1) fliesst durch die Gastroenterostomoseöffnung nicht oder kann Galle in den Magen herein; 2) falls die Galle aber doch für die Magenverdauung notwendig sein sollte, so kann sie auf physiologischem Wege durch den offenen Pylorus retrograd in den Magen zurückfliessen, namentlich bei Fettverdauung.

*

46) Prof. V. Mintz-Riga. **Zur Verhütung des Brustkrebses.**

Die radikalsten Exstirpationsmethoden haben es bis heute nicht vermocht die Zahl der 3-jährigen Dauerheilungen über 30—40 % heraufzuschrauben. Wir machen eben an der ersten Rippe halt ganz ebenso, wie wir die regionären Lymphbahnen nur bis an die knöcherne Brustwand verfolgen und auch durch die Brustwandexzisionen sind die Resultate nicht besser geworden.

Der Chirurg verlangt die Frühoperation. Man muss aber zugeben, dass es sich da um einen wenig geklärten Begriff handelt. In praxi versteht man darunter die beschleunigte Operation des eben entdeckten primären Knotens. Doch wird wohl ein jeder, der viel operiert hat, gesehen haben, dass es nicht die Grösse ist, welche über die Zukunft entscheidet und dass nach Entfernung eines unscheinbaren ja abgekapselten Tumors in Kürze Metastasen auftreten können. Die Malignität geht durchaus nicht der Anfangsgeschwindigkeit des Wachstums parallel. Uns fehlt vorläufig jeder Anhaltspunkt um über die Dauer der verflossenen Wachstumsperiode urteilen zu können, umsomehr als die Mammatumoren sich sprunghaft vergrössern können. Und vom Standpunkt der empirischen operativen Erfahrung erlauben weder eine vorübergehende beschleunigte Wachstumsperiode noch die Grösse einer Brustgeschwulst Schlussfolgerungen auf ein baldiges Rezidiv.

Es ist auch nicht das mikroskopische Bild, welches die erwartete Antwort gibt. Man ist sich noch heute nicht darüber einig, ob man dem Medullarkrebs die erste Stelle unter den rezidivierenden Brustkrebsen anweisen soll und bereits vor der radiotherapeutischen Aera hat mir meine operative Tätigkeit ein buntes Bild von Frührezidiven und lange Jahre währenden Dauerheilungen bei Skirrhen und Adenokarzinomen gegeben.

Und das gleiche bunte Bild sah ich in den letzten 12 Jahren nach planmässiger 3 Jahre währender Strahlentherapie, welcher radikalste Exstirpation vorauszugehen pflegte. Ich verfüge über 6-, 7-, 8-jährige Dauerheilungen, über eine ganze Reihe von 3-jährigen, aber ebenso über rasch einsetzende Frührezidive in Fällen, wo trotz negativem palpatorischen und visuellen Befunde, die Gefässe skelettiert worden waren.

Allerdings sei zur Ehrenrettung unserer Technik gesagt, dass vielfach es innere Metastasen sind, welche das Ende herbeiführten.

Was uns die Literatur über die radiotherapeutische Prophylaxe des Operationsrezidivs angibt, ist wenig tröstlich. In Tübingen sind die Rezidive

von 28 auf 41%, in Marburg von 31 auf 47,7%, in Leipzig von 33 auf 47,6% gestiegen.

Mag die gesicherte Technik vielleicht an Grenzfälle herangegangen sein und so die Statistik verschlechtert haben, aber auch Theorie und Methodik der Tiefentherapie sind noch in ihrer Entwickelungsperiode. So wissen wir, dass von den üblichen 3 Feldern aus, der Achsel, Brust und Schlüsselbeingrube nur 50—80% der mutmasslichen Herde zu treffen sind. Dann aber, dass an der Peripherie der von der Vernichtungsdosis getroffenen Felder eine Zone grenzt, wo Reizdosen ihr gefährliches Spiel treiben.

Wir müssen also gestehen, dass wir heute wohl an der Grenze unseres operativ-technischen Könnens stehen und dass andererseits die Strahlentherapie wohl erst die Einleitung zu etwas vollkommenerem gibt und dass also die operative und postoperative Prophylaxe des Brustkrebses zunächt ein Glücksspiel bleibt.

Es heisst also der Entstehung des Brustkrebses vorbeugen! Dieses Problem hat bedauerlicherweise kein Glück in der Literatur. Auch ist praktisch so gut wie Nichts dafür getan. Rechnet man das Durchschnittsalter der am Brustkrebs erkrankten Frauen mit 45—50 Jahren, so sollte doch an einem so oberflächlich liegenden Organ genügend Zeit zu prophylaktischer Beobachtung vorhanden sein. Und doch rechnet Bosse 1920 heraus, dass die Frauen, bis zur Operation, bewusst oder unbewusst, ein Jahr verstreichen lassen.

Mit dem Begriff der erblichen Disposition operieren die Frauen, wie das ein jeder wohl erlebt hat, nur zu häufig und wohl an keinem Organ macht sich die Krebsfurcht so häufig geltend. Grund genug! denn an keinem Organ tritt der Krebs meist so überraschend auf, wie gerade an der Mamma.

Wann soll denn unsere prophylaktische Kontrolle ansetzen? Sie soll es in jedem Stadium des Lebenslaufes der Brustdrüse: im Pubertätsstadium, der prämatrimonialen Periode, der Laktationsperiode, der Periode der Vollreife, der präsenilen und senilen Involutionsperiode.

In der Pubertätszeit schon soll vom Hausarzt, ferner in Internaten und Mädchenschulen gelegentlich der Allgemeinuntersuchung, auf Adenome gefahndet werden. Als ich vor einigen Jahren, kaum ein Jahr nach Entfernung eines abgekapselten Adenoms, ein 20-jähriges Fräulein an Wirbelsäulenmetestasen verlor, liess ich eine Massenuntersuchung an Studentinnen anstellen und förderte dabei eine Reihe von Adenomen zu Tage. So manche Frau erzählt gelegentlich, dass sie einen Tumor schon seit Jahren mit sich herum trägt! Dass aber diese abgekapselten Tumoren oder Tumorkeime an jedem hyperplastischen Reiz, welcher die Mamma trifft, teilnehmen, das habe ich an einem Fall gesehen, wo ich einem 14-järigen Mädchen wegen idiopathischer Mammahypertrophie und zunehmendem Kräfteverfall die beiden 5 und 3 Pfund wiegenden Mammae amputieren musste. Im kolossal hyperplastischen Stroma der Mamma lagen Dutzende von abgekapselten Tumoren verstreut, welche bis zu Hühnereigrösse gediehen waren. Aehnlich mag wohl die Laktationshyperplasie auf Tumorkeime wirken.

In der Spätpubertät und der Prämatrimonialzeit verlangen Sekretionsanomalien eine genaue Beobachtung. Sie besagen einen Reizzustand der Brustdrüse. 1910 (Zentralbl. f. Chirurgie) wies ich auf einen Katarrh der Brustdrüse hin, welcher sich in einer Absonderung eines gelblichen Serums

äusserte. Damals waren es allerdings Frauen, von denen die jüngste 35 Jahre alt war — später sah ich ihn auch bei 19-jährigen Jungfrauen. Ich muss betonen, bei normaler Menstruation —, denn es wurden auch Meinungen laut, welche darin eine Art vikariirender Menstruation sahen. Die Affektion ist meistens obendrein einseitig. Quantität und Qualität der Absonderung werden durch die Menstruation nicht beeinflusst. Der Katarrh kann jahrelang bestehen, kann intermittierend blutig werden. Auf die nosologische und prognostische Bedeutung des blutig gewordenen Katarrhs komme ich weiter unten zurück. Vorläufig verlangen wir für solche Brustdrüsen eine über Jahre gehende periodische Kontrolle.

Inwieweit eine protrahierte Laktation und die vielerorts übliche Unsitte der Spätlaktation — das Saugen an den Brüsten alter Frauen — als schädigender Dauerreiz aufzufassen ist, bleibe dahingestellt. In jedem Falle bedeutet die protrahierte Laktation eine widernatürliche Überbelastung der Brust und Hintanhaltung rechtzeitiger Involution.

In dieser Zeit sind es ferner die akuten Mastitiden, welche zweifellos in der Entwicklung der Krebse eine Rolle spielen. Ich denke an die verschleppten Mastitiden, die durch multiple Inzisionsnarben zerhackten Brüste mit der langen Heilungsdauer und der Ausschaltung ganzer Drüsenbezirke. Es kann bei akuter Mastitis nicht früh genug inzidiert werden. Ferner aber sind im Interesse der Schonung der einzelnen Drüsenlappen Inzisionen zu wählen, welche in Kreisbogen die Peripherie der Mamma umkreisen, gegen ihre Basis vordringen und von derselben aus die einzelnen Höhlen der interstitiellen Phlegmone eröffnen.

Die Periode der Vollreife und ihr Abklingen zeitigen das anatomisch gesicherte, klinisch jedoch wenig bekannte und gewürdigte Bild der polyzistischen Degeneration der Mamma und des Zystoepithelioma intrakanalikulare.

Von Reklus war seinerzeit und ebenso von König eine Form der polyzystischen Degeneration beschrieben worden, bei welcher eine Epithelhyperplasie des Acinus einsetzt, wobei dieses nekrobiotisch zerfällt, den Acinus zu einer Zyste mit butter- oder milchähnlichem Inhalt erweitert. 1899 (Berl. Klin. Wochenschr.) konnte ich eine Form der polyzystischen Degeneration beschreiben, bei welcher primär der bindegewebige Teil des Acinus erkrankte, wobei das Epithel des Acinus, ohne zu wuchern, sich von der Unterlage ablöste. Das weitere war nun ein Exsudationsvorgang aus dem blossliegenden Bindegewebe in die sich allmählich erweiternde Acinushöhle. So entstanden durch Zusammenfliessen serumgefüllte bis wallnussgrosse Zysten.

Beiden Formen der polyzystischen Degeneration ist das progressive Wachstum gemeinsam. Es verläuft über Jahre, befällt sukzessive die ganze Drüse, gibt im Anfang ganz vage klinische Erscheinungen in Gestalt von Schmerzen, welche häufig mit dem nichts erklärenden Namen Mastodynie bedacht werden, bis die multiple Zystenbildung entweder der Mamma eine typische Körnelung bei der Palpation verleiht resp. grössere Einzelexemplare als Tumoren getastet werden. Bei den meist bestehenden sekundären Infiltrationszuständen im interlobulären Bindegewebe fühlt man keine Fluktuation, kann eventuell den Tumor für maligne ansprechen und bei der Operation eine unerwartete angenehme Überraschung erleben. So lange die Affektion noch nicht die ganze Drüse befallen hat, imponieren die erkrankten Läppchen, wenn man sie zwischen die Fingerspitzen nimmt, als Tumoren — das Bild ändert

sich jedoch sofort, wenn man die Mamma mit der flach auf dieselbe gelegten Fingern palpiert, dann ist von einem Tumor nichts zu fühlen.

Tritt eine Verbindung mit der Aussenwelt ein durch Einbrechen eines Zystes in einen Ausführungsgang, so kommt es zu einem serösen Ausfluss, welcher mitunter durch Gefässarrosion blutig werden kann.

Viel früher und häufiger kann das Stadium des serösen Ausflusses durch Blutung bei dem Cystepithelioma canaliculare abgelöst werden. 1911 (Zentralbl. für Chirurgie) konnte ich an einer ganzen Reihe von Fällen als Ursache des zunächst serösen, dann aber blutig werdenden Katarrhs mikroskopisch fibroepitheliale polypöse Exkreszenzen in den Ausführungskanälen nachweisen, dann aber durch langdauernde Beobachtung und spätere Operation in einer Anzahl von Fällen sekundäre krebsige Entartung sehen, welcher intermittierende Blutungen vorausgingen. Noch vor kurzem konnte ich einen Fall vom Typus Reclus operieren, welcher gleichzeitig krebsig und sarkomatös degeneriert war.

Im Mittelpunkte des klinischen Bildes stehen Schmerzen unbestimmter Natur, Änderung der Konsistenz der Drüse. Aufklärend tritt später ein mehr oder weniger ausgesprochener Palpationsbefund hinzu und klar wird die Diagnose mit Einsetzen des serösen Katarrhs. Wird es blutig, dann besteht namentlich für die Vorklimax Krebsverdacht.

Derartige unruhig gewordene Mammae stellen eine Gefahr für ihre Trägerinnen dar und ihre Entfernung muss ernst in Erwägung gezogen werden.

Dass endlich die senil involvierte Mamma periodisch kontrolliert werden muss, ergibt sich von selber.

Von dem eben skizzierten Standpunkt aus liegt die Prophylaxe des Mammakarzinoms noch in den Kinderschuhen. Es ist bisher meines Wissens noch garnichts für dieselbe getan worden.

Ich erwarte allerdings den Einwand, dass wir leicht eine Massenhypochondrie schaffen könnten, falls wir die Aufmerksamkeit der Frauen allzusehr auf die Brustdrüse lenken. Ein jeder von uns hat diesen Typus des Krebshypochonders zur Genüge gesehen und nicht den geringsten Teil desselben bilden die Frauen, welche ihre Heredität oder ein Fall aus der Verwandtschaft und Bekanntschaft zum Chirurgen treibt.

Dass solches aber nicht zustande kommt, dafür bürgt uns der ärztliche Takt und das durch unsere Tätigkeit gezüchtete Verständnis für die Psychologie des gesunden und kranken Menschen.

In der Diskussion macht Zoege v. Manteuffel auf die multiplen Mammazysten im Klimakterium aufmerksam, die nicht degenerieren und Jahrzehnte hindurch leichte Erscheinungen aufweisen, die durch Suspensorien zu heilen sind.

Ich habe auch solch einen Fall operiert und bin der Meinung, dass im einschlägigen Fall die verstümmelnde Operation unnütz war.

*

47) Dr. T. Kalima-Turku (Finnland): **Über den anatomischen Bau der Nearthrose.**

Unsere Kenntnis von den Prozessen, durch welche ein neues Gelenk, eine Nearthrose, beim Menschen sich aufbaut und seine definitive Gestaltung erhält, ist vorläufig noch verhältnismässig mangelhaft. In der Literatur findet

man vereinzelte kurze Beschreibungen gewisser anatomischer Befunde, die bei aus einer oder der anderen Ursache vorgenommener erneuter Operation eines mobilisierten Gelenkes erhoben werden konnten. Diese Befunde beziehen sich jedoch auf gewisse begrenzte Teile des neugebildeten Gelenkes und gewähren kein übersichtliches Bild von der Nearthrosenbildung.

Durch Tierversuche, die von Murphy, Payr, Sumita und Segale ausgeführt worden sind, hat man einen Einblick in die hierhergehörigen Fragen zu gewinnen versucht. Insbesondere sind die in der Payrschen Klinik angestellten Versuche von Sumita von hohem Interesse und geben uns eine Vorstellung von den verschiedenen Entwicklungsphasen der Nearthrosenbildung. Sumitas Versuche lassen erkennen, dass die Nearthrose in ihren frühen Stadien einer „Schleimbeutelbildung" entspricht, bei der die degenerativen Veränderungen, namentlich innerhalb des Transplantats, vorherrschen, bis nach und nach die konstruktiven Prozesse überwiegen und schliesslich ein wirkliches, gebrauchsfähiges neues Organ mit allen ein Gelenk charakterisierenden Komponenten — Gelenkhöhle, Gelenkflächen, synoviaähnlicher Gelenkflüssigkeit, Kapsel nebst Synovialmembran usw. — festgestellt werden kann. Auch in funktioneller Hinsicht lieferten die Versuche Sumitas, wenigstens in einigen Fällen, völlig befriedigende Resultate. Das als Transplantat verwendete Material (Fettgewebe, Faszie, Muskel usw.) zeigte stets eine mit dem Alter der Nearthrosenbildung zunehmende Bindegewebsumwandlung; die neuen Gelenkflächen bestanden schliesslich aus einer festen Bindegewebsschicht. Eine knorpelige Metaplasie des Bindegewebes auf der Gelenkfläche konnte Sumita in seinen Versuchen nie feststellen.

Während meiner Studien bei Geheimrat Payr vor $1^1/_2$ Jahren hatte ich Gelegenheit zwei Obduktionspräparate mobilisierter Ellbogengelenke makroskopisch und mikroskopisch einer eingehenden Untersuchung zu unterwerfen, und ich erlaube mir hier, ein kurzes Resumée meiner diesbezüglichen Untersuchungen vorzulegen.

Die beiden Präparate stellen Nearthrosenbildungen des Ellbogengelenks dar. Der eine Fall bezog sich auf ein Kind, das an Polyarthritis ankylopoetika deformans litt, wo der Tod etwa 1 Monat nach der Mobilisation eintrat (Herzschwäche nach einer zweiten mobilisierenden Operation am Kniegelenk). Im anderen Fall war die Ankylose durch eine infizierte Schusswunde verursacht. Durch Mobilisation erhielt der Pat. ein gebrauchsfähiges neues Ellbogengelenk, doch starb er etwa über ein Jahr nach der Mobilisation an einer Influenzapneumonie.

In beiden Fällen war Faszien-Fett-Plastik in der Weise angewandt worden, dass von den umgeformten Gelenkflächen nur das Humerusende mit der Faszia bedeckt wurde, so dass die Fettschicht auswärts gegen das Gelenkende der Ulna zu liegen kam. Ausserdem wurde das Capitulum radii reseziert und umgeformt und der Zwischenraum zwischen Ulna und Radius mit einem besonderen Fettlappen ausgefüllt. In beiden Fällen war der postoperative Verlauf reaktionsfrei.

Diese beiden Fälle entsprechen zwei entgegengesetzten Polen eines und desselben Prozesses; der erste gibt uns das anatomische Bild der frühen Entwickelungsstufe der Nearthrosenbildung, wo das neue Gelenk im Werden begriffen ist, während das andere Präparat der schliesslichen, fertig ausgebildeten

Gestaltung der Nearthrose entspricht (folgt Demonstration von Abbildungen im Projektionsbilde).

In dem ersten Fall liegen die betreffenden Gelenkflächen unmittelbar aneinander, eine eigentliche Gelenkhöhle ist noch nicht vorhanden. Das Humerusende ist mit einer gleichmässigen, weissen Gewebsschicht bedeckt (transplantierte Faszie). Das Gelenkende der Ulna ist ebenfalls mit einer (etwas dünneren) Gewebsschicht bedeckt, in der die Fettgewebselemente noch deutlich hervortreten. Entfernen wir die Gelenkenden etwas voneinander, so erblicken wir dazwischen eine bogenförmige, die umgeformte Inzisura semilunaris begleitende Spalte, die überall von einer Menge dünner Septa durchzogen ist, welche in verschiedenen Richtungen von der einen Gelenkfläche zu der anderen gehen. Gegen die Peripherie ist die Gelenkspalte durch neugebildetes Bindegewebe abgegrenzt, welches mithin der neugebildeten Gelenkkapsel entspricht. Der spongiöse Knochen an den Gelenkenden ist stellenweise erweicht, was offenbar auf die die Ankylose verursachende Grundkrankheit zurückzuführen ist. Übrigens ist das Markgewebe gleichmässig blutgefüllt. Das seiner kortikalen Schicht beraubte Knochenende schliesst sich unmittelbar an das Transplantat an.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt das Vorhandensein sowohl von degenerativen als von proliferativen Prozessen, von denen doch die erstern deutlich überwiegen. Die transplantierte Faszie ist verdickt, aufgelockert; ihre fibrillären Elemente sind zum erheblichen Teil entweder in vollständige Nekrose oder in eine mehr oder weniger hochgradige Degeneration versetzt, doch sind auch Teile festzustellen, wo die Faszie ihr normales Aussehen behalten hat. Ein organischer Zusammenhang zwischen der Knochenoberfläche und dem Transplantat lässt sich überall feststellen. Von den Markkanälen dringt ein zellenreiches Granulationsgewebe mit zahlreichen Kapillaren zwischen die aufgelockerten Faszienfibrillen ein, zwischen denen hie und da kleinere Blutextravasate zu Gesichte kommen. Das substituierende Granulationsgewebe hat stellenweise die äusserste Schicht der Faszia erreicht. Die hochgradigsten Degenerationen zeigt im allgemeinen die mittlere Fettschicht, während die äusserste Schicht der letzteren in enger und unmittelbarer Verbindung mit dem Gelenkende der Ulna steht, wo die proliferativen Prozesse in Übereinstimmung mit den Verhältnissen auf der Humerusgelenkfläche deutlich ausgeprägt sind. Die Substitution von Fettgewebe durch zellenreiches Bindegewebe ist hier stellenweise vollständig durchgeführt. In der mittleren Fettschicht sind die Fettzellen entweder ganz zerstört oder sie bilden grössere und kleinere Hohlräume, deren Wänden die schon oben erwähnten Septumbildungen zwischen den beiden Gelenkflächen entsprechen. Die am schlechtesten ernährte Schicht des Transplantates, der also die mittlere Fettschicht und stellenweise die oberste Schicht der Faszie entspricht, bildet eine mehr oder weniger einheitliche bogenförmige Spalte. Eben diese Spalte, ein Gegenstück zu den von Sumita beschriebenen „Schleimbeutelbildungen", wird späterhin zu der neuen Gelenkhöhle umgebildet. Das Markgewebe des spongiösen Knochens befindet sich in einem Zustande aseptischer Entzündung mit reichlicher Blutfüllung der Gefässe und diffus ausgebreiteter kleinzelliger Infiltration. Die neugebildete Kapsel besteht aus zellenreichem Bindegewebe.

Hervorzuheben ist noch, dass einige der Septumbildungen wohlerhalten, zellenreich, mit gut gefärbten Kernen versehen sind und, wie man annehmen

darf, ihre Vitalität auch während der späteren Stadien der Nearthrose bewahren werden. Hierdurch scheint mir wenigstens ein Teil der in fertigen Nearthrosenbildungen nicht selten vorkommenden, die Gelenkhöhle vollständig oder unvollständig teilenden Scheidewände seine genetische Erklärung zu erhalten. Die funktionell-mechanischen Momente während der späteren Stadien der Nearthrose bewirken, dass nur die stärksten und besternährten dieser Septa, sowie diejenigen, welche infolge ihrer topographischen Lage nicht einer zu hochgradigen Dehnung und Druck ausgesetzt sind, übrig bleiben, während die anderen nach und nach zerstört werden. Kajava hat bei seinen Untersuchungen über die Genesis des Gelenkes bei menschlichen Föten entsprechende Septa innerhalb der ursprünglichen Gelenkspalte nachgewiesen. Von diesen Septa wird der grösste Teil zerstört, während nur die besternährten übrig bleiben. So entsteht z. B. das Ligamentum teres femoris. Der Parallelismus zwischen der Genesis dieser und der intraartikulären Septumbildungen in Nearthrosen ist auffallend.

Der zweite Fall bietet ein ganz anderes Bild dar. Die Gelenkenden sind von einer gleichmässig dicken Schicht festen weisslichen Gewebes — der neuen Gelenkfläche — überzogen, dessen freie Oberfläche nicht vollständig glatt, sondern grösstenteils kleingrubig ist. Die gut ausgebildete Gelenkhöhle wird in ihrer lateralen Hälfte durch eine Scheidewand in zwei Teile geteilt. Durch dieses Septum gewinnt das neue Gelenk anscheinend an funktioneller Stabilität; zumal was die abnorme seitliche Bewegbarkeit des Gelenkes betrifft. Die Kapsel ist besonders nach vorn und nach hinten dick und besteht aus spaltenreichem, lockerem Bindegewebe.

Unter den neuen Gelenkflächen hat sich sowohl am Humerus als an der Ulna eine dicke kortikale Knochenschicht gebildet. Im übrigen ist der spongiöse Knochen an den Gelenkenden von fester, abnorm kompakter, fibröser Beschaffenheit. Die Artikulation zwischen dem Radius und der Ulna wird durch eine lange Spaltbildung vermittelt, die ausserdem weiter durch mehrere gleichartige Bildungen in dem umgebenden lockeren Kapselgewebe ergänzt wird.

Das Mikroskop zeigt, dass die Gelenkfläche aus festem, dichtem, grobfibrillärem Bindegewebe besteht, worin Blutgefässe nur in den basalen Schichten äusserst spärlich anzutreffen sind. Nirgends hat die Gelenkfläche das Aussehen von Knorpelgewebe. Eine knorpelige Metaplasie der aus Bindegewebe bestehenden Gelenkfläche, die nach einigen Autoren vorkommen soll, ist durch den vorliegenden Fall nicht erwiesen. Mein Fall stimmt im Gegenteil durchaus mit den entsprechenden Befunden der Versuche von Sumita überein. — Die freie Gelenkfläche zeigt keine synovialmembranartige Differenzierung, ausser in gewissen peripherischen Teilen der komplementären Gebiete. In den dem Druck direkt ausgesetzten Gebieten besteht die Oberfläche aus fibrillärem, zellenarmem Bindegewebe. Die kortikale Knochenschicht ist von einer Menge feiner Kanäle durchzogen, durch welche die die Gelenkfläche ernährenden Blutgefässe verlaufen. Das Markgewebe weicht in keiner Hinsicht von der Norm ab. Die Kapsel besteht, wie erwähnt, aus lockerem, spaltenreichem Bindegewebe, wodurch die Gebrauchsfähigkeit des Gelenks offenbar in bedeutendem Grad erleichtert wird. Die innere Kapselfläche hat sich überall zu einer Synovialmembran differenziert, die namentlich in den Umgebungen der Umschlagfalten der Kapsel Zotten aufweist. Ausser den makroskopisch

nachweisbaren Spaltenräumen innerhalb der Kapsel zeigt das Mikroskop das Vorhandensein einer grösseren Anzahl mikroskopisch kleiner Hohlräume, deren Innenfläche überall von einer zellenreichen Synovialmembran mit sehr reichlichen Zotten überzogen ist. — Die intraartikuläre Scheidewand gleicht in ihrem Bau dem Kapselgewebe, ihre freie Oberfläche ist synovialmembranartig differenziert, mit Zotten namentlich an den beiden Polen des Septums, wo auch die reichlichen Spaltenbildungen ins Auge fallen. Bei einer derartigen Anordnung kann die Scheidewand kein Funktionshindernis darstellen, dagegen gibt sie aber der Nearthrosebildung einen beträchtlichen Halt. Man hat allen Anlass zu der Vermutung, dass die Scheidewand in der Weise entstanden ist, die ich früher angedeutet habe.

In der Kapsel, der Gelenkfläche und den Zotten kommen hie und da kleinere Degenerationen in Form von Kalkablagerungen, Hyalindegeneration usw. vor. In der Gelenkhöhle und namentlich in den akzessorischen Hohlräumen findet man Detritusmassen. Alle diese Veränderungen sind wohl am ehesten als Abnutzungsprodukte aufzufassen.

Das neue Gelenkorgan ist, neben funktionell-mechanischen Attributen, durch alle ein normales Gelenk kennzeichnende Komponenten charakterisiert: durch Gelenkflächen, Gelenkhöhle, Kapsel nebst Synovialmembran, inneren Bandapparat (Septum) usw. Das Ganze macht den Eindruck, dass wir ein bestehendes Organ, ein Ersatzorgan im eigentlichsten Sinne des Wortes, nicht nur in funktioneller, sondern auch in anatomischer Hinsicht vor uns haben.

Diese Fälle zeigen auch, dass es bei einer Gelenkmobilisation nicht nötig ist, die entsprechenden Gelenkflächen mit transplantiertem Material zu bedecken, wenn dies auch nach den grössten Autoritäten in der Mobilisationsfrage, Payr und Lexer, im allgemeinen vorzuziehen ist, vor allem, weil durch Bedeckung der Gelenkenden mit dem Transplantat eine Blutung aus den Markhöhlen des spongiösen Knochens verhindert werden kann. Durch die sog. Polierungsmethode nach Schmertz kann dem für die spätere Funktion der Nearthrose so verhängnisvollen Hämatom zwischen den Gelenkenden nicht mit Sicherheit vorgebeugt werden, obwohl nicht zu leugnen ist, dass auch mit dieser Methode in funktioneller Hinsicht ausgezeichnete Resultate erzielt worden sind.

*

48) **Demonstratsioonid.**

a) Drd. med. P. Põdder-Tartu: Haruldane siifilise juhtumine (Unrare cas de syphilis).

Haigel P. L., 42 a. wana, neiu, pärit Panikovitsi vallast, Petseri maakonnast, tekkis 26 aasta eest pahemal põlvel paistetus, mis 3 aasta järele mädahaavaks muutus ja üle 1 aasta kestes, kinni kasvas, suurt armi järele jättes. Samad nähtused kordunud hiljem pahema reiel ja pahemal säärel. 10 aasta eest tekkis pahema põse pääl väike paistetus, mis pärastpoole ka haavaks muutus; see lagunes edasi — esiteks nina pääle, seda aegamööda täiesti ära hävitades, siis otsa, mõlema põse ja lõua pääle; ühtlasi jäid ka silmad haigeks ja haige kaotas nägemise pea täiesti.

Status praes.: Nahk, alates otsa päält juukstepiirist on üle terve näo, kõrva lehtede ja lõua all kaela pääle üle minnes, kuni kurgu sõlmeni, üheks suureks armiks muutunud, mis meelde tuletab suurt põletatud haava armi. Läbi naha paistavad laienenud veresooned. Puudub igasugune miimika. Nina asemel on suur auk, mille põhjas kurk ja selle lihaste liigutused näha on.

Ilanaha asemel leiduv armikude on koorikutega kaetud, mille alla koguneb mäda. Otsa luu koobas paremal pool, sünnitab suurt auku, mis pundunud ilanahaga kaetud, ajab välja rohkesti limast vedelikku.

Pahema otsa luu koopas on mäda, mis kitsa uurise läbi ninakoopasse voolab. Ravitsemise tagajärjel on silmapilud aegamööda sedavõrd avanenud, et silmamunad osalt nähtavale tulid, mõlema silma sarvnahkadel keratitis parenchymatosa et ulcera corneae: haige näeb ainult kust poolt valgus langeb, seletab umbkaudu käe liigutusi silmade ees.

Suu avaus on umbes 3 cm. lai; alumine mokk on väljapoole, ülemine sissepoole pöördunud.

Suu koobas on ninakoopaga suulaes oleva 2 augu läbi ühenduses. Eespoolne neist on $1^1/_2$ cm. läbi mööta, teine, umbes 1 cm. tagapool olev auk on keskmise haavlitera suurune.

Suurem osa pehmet suulage on hävitatud. Toidu võtmine teeb haigele raskusi.

Diagnoos on pääle kliiniliste tundemärkide Ülikooli bakterioloogia kabinetis tehtud Wassermanni reaktsiooni (††††) läbi ja ex juvantibus kindlustatud, sest mitu aastat kestnud suured mädahaavad pahema rangluu kohal ja pahemal käevarre seljal paranesid jodkali mõju all 3—4 nädala jooksul.

b) Dr. med. Hollmann-Dorpat: Demonstration des Hautmikroskops nach Ottfried Müller.

*

Lisa[1]).

49) Dr. med. C. Prima-Tartu: **Peritoneumi resorptsiooni-võime üle.** (Le pouvoir resorptif de péritoine.)

Niihästi mehaanilisèlt (compressio intestinum), kui ka farmakoloogiliselt (Physostigminum, oleum ricini) suurendatud soolte peristaltik tõstab peritoneumi resorptsiooni-võimet. See suurendatud resorptsiooni-võime avaldub esiteks selles, et resorptsioon varem algab, ja teiseks selles, et teatud aja jooksul rohkem resorbeeritakse, kui mittesuurendatud peristaltika juures — tähendab, peristaltik tõstab kõhukelme resorptsiooni-võimet kvalitatiivselt ning ka kvantitatiivselt. Mõõduandev on ka, kas sooled täis ehk tühjad. Täidetud soolte peristaltika juures on kõhukelme resorptsiooni-võime palju suurem, kui tühjade soolte peristaltika juures, missugune asjaolu osalt vereringjooksu —, osalt peristaltika kaudu esiletoodud elava jõu vahekordades seletust leiab. Ka on noorte indiviiduumide juures kõhukelme resorptsiooni-võime, ceteris paribus, märksa kõrgem, kui täiskasvanute juures.

Kõrgendatud rõhumine kõhukoopas tõstab peritoneumi resorptsiooni-võimet, kõhukoopa avamine aga vähendab seda tuntavalt.

Arvuliselt suureneb peritoneumi resorptsiooni-võime kõrgendatud peristaltika juures umbes veerandi kuni poole võrra.

*

50) Dr. A. Rosenfeld-Tartu: **Haemorrhagia occulta diagnostilisest tähendusest maopaise ja maovähjatõbe juures.** (L'importance diagnos-

1) Järgnevad kaks kõnet, mille lühikesed referaadid toome, jäid ajapuudusel pidamata.

tique des hémorrhagies cachées chez l'ulcère et cancer d'éstomac.)

Haem. occ. tõenduseks maosisus maopaise ja vähjatõbe juures on täiesti rahuldav Weberi proov.

Väljaheidetes on Weberi proovil ainult esialgne tähendus negatiivse resultaadi juures; tundelikud katalüütilised proovid — Benzidin, Phenolphthalein — laitmata tehnika juures omavad diagnostilise tähtsuse ainult koos teiste kliiniliste sümptoomidega ja süstemaatilisel jälgimisel.

Lahkmõtted haem. occ. diagnostilisest tähtsusest põhjenevad kas haige puudulikus jälgimisele ettevalmistamises, või mitte kindlate preparaatide tarvitamises.

Kell 1,30 min., pääleselle, kui terve päevakord, väljaarvatud 2 viimast kõnet, läbi võetud, lõpetas aujuhataja dotsent Dr. med. Alksnis koosoleku, tänades kõnelejaid huvitavate ja väärtusliste kõnede, demonstratsioonide ja diskussiooni-märkuste eest.

III Sektsioon: Võitlus suguhaiguste vastu. — III Section: La lutte contre les maladies vénériennes.

Koosolek 3. detsembril 1921 kell 9 hom. mineraloogia kabineti auditooriumis.

Koosoleku avab sektsiooni juhataja prof. Dr. A. Paldrock, tervitades kokkutulnud ametvendi. Aujuhatajateks valitakse Dr. med. B. Grönroos, Helsingist ja Dr. A. Spindler, Tallinnast. Kantakse ette järgmised 7 eeskava-kõnet:

51) Prof. A. Paldrock-Tartu: **Kas tuleks suguhaigeid nimeliselt ja sunduslikult registreerida?** (Faut-il enregistrer nominalement et obligement les malades vénériens?)

Sihikindlale suguhaiguste vastu võitlemisele peaks aluseks olema haigete kindla arvu teadmine, mille saavutamiseks ehk sunduslikku suguhaigete registreerimist tuleks tarvitada.

Viktoorias (Austraalias) algas 1910. a. riikline suguhaiguste vastu võitlemine Burnett Ham'i järgi sellega, et ilma nime nimetamata kõik aasta jooksul ravitsemisele tulijad siifilisehaiged, ükskõik missuguses staadiumis, sunduslikult registreeriti. Ühes teatega haige üle saadeti ka haige vereproov Wassermann'i järgi läbivaatamiseks. Pääle selle vaadati veel mõnes haigemajas kõik haiged Wassermann'i reaktsiooni abil läbi ja lõpuarve kokkuvõtmisel leiti: kogu rahva kohta 5% jaatavaid Wassermann'i reaktsioone.

Saadud andmete põhjal keelati isikutel, kellel mitte arsti diploomi ei olnud, suguhaigete ravitsemine ära ja anti see riikliste asutuste hooleks. Ühes sellega võeti neid kohtulikule vastutusele, kes meelega suguhaigusi laiali laotasid. (Zeitschrift f. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh., Bd. 15, Heft 11.) — Jova riigis (Ameerikas) kohustati 1. I. 1914. a. arstisid igat ühte suguhaiguse juhtumist 24 tunni jooksul tervishoiuvalitsusele teatama. (Derm. Wschr., Bd. 58, pag. 168.) — Äravõidetud Bulgaarias leidsid sakslased palju siifilisehaigeid, iseäranis naisterahvaid. Selle põhjal pani N. Christow ette, siifilisehaigeid niisama registreerida nagu seda epideemiliste haigete seadus nõuab. Haiged oleks siis kõik teada ja võiks sunduslikku maksuta ravitsemist ette võtta. (Derm. Wschr. 1916, pag. 401.) — Saksenis kohustati 1916. a. kõiki haigekassa arste suguhaigete üle ka sel puhul teatama haigekassa eestseisusele, kui haige mitte töövõimetu ei olnud. (Derm. Wschr. 1917, pag. 78.) — Pannwitz leiab, et suguhaiguste vastu võitlemine kindlaksmääratud plaani järgi sündima peab: haigeksjäämist peab võimalikult vara tabatama ja ravitsemine olgu hää, mille juures haiguse edasiandmist ära hoida tuleb. Siin oleks seletuse töö ühes aitamas, ja peaks naisterahvad temast iseäranis osa võtma. Asjaoludele vastaval viisil peab suguhaiged registreeritama. (Derm. Wschr. 1916, pag. 287.) — Berliin-Charlottenburgis 24. XI. 1916 ärapeetud naiskongressil nõudis prl. Dr. G. Bäumer avalikkude naisterahvaste kontrolli asemel üleüldist saladuses peetavat teatamist kõikide suguhaigeks jäänute üle ja ühes sellega ka sunduslikku ravitsemist nendele, kes arstide määrusi ravitsemise suhtes mitte ei täida. — Saladuses peetavast teadaandmisest ja järelvalvest loodab ka H. Dreuw häid tagajärgi, sest kui haiged tuntud on, saavad nad ka ennast hoolsasti ravitsema. Ka sugulisest läbikäimisest saavad nad eemale hoidma, et mitte seadusliku karistuse alla sattuda. — Kui prostitutsiooni mitte täiesti hädaohutaks suguhaiguste laialilaotamise suhtes teha ei saa, siis tooks eelnimetatud abinõud ometi paremust asjaolus. (Derm. Wschr. 1917, pag. 270). — Müncheni arstide selts võttis suguhaiguste vastu võitlemise suhtes järgmised resolutsioonid vastu, prof. Zumbusch'i ettepanekul: teatamise sundus, ravitsemise sundus ühes salajashoidmise ja delikaatse tegevusviisiga ühe selleks seatud kontrollarsti valve all. Mitte-arstidele suguhaiguste ravitsemine ära keelata ja suguhaiguste ravitsemiseks tarvisminevad rohud apteekidest ja rohupoodidest ainult arsti retseptidega välja anda lasta. (Derm. Wschr. 1917, pag. 312.)

Rootsis hakkas 1. I. 1919 a. „Lex veneris" maksma: Suguhaigused kuuluvad iseseisva tervisameti alla, mis mitte politseist ära ei ripu. Iga haige on kohustatud ennast ravitsema, mis tarbekorral riigi kulul ja haigemajas sünnib. Asja juures püütakse saladust tähele panna. Trahv tervishoiu eeskirjade tähelepanemata jätmise eest, iseäranis siis, kui selle tõttu kahju sündinud on. Avalikkude naisterahvaste järelvalve kaotatakse ära. Tervisametile peab nende üle teateid saatma, kes haigust laiali laotavad, arsti poolt saadud juhatusi ei täida ehk enne aega ravitsemisest loobuvad; missugusel juhtumisel jõusse astub sunduslik ravitsemine.

Suguhaigete teatamise vastu võtab Kusnizky sõna, püüdes ära näidata, kuidas selle läbi haigete usaldus arsti vastu kaob. Ta on ka arvamisel, et selle abinõuga suguhaiguste laialilagunemist mitte ei vähendata ja pole nõuandekohtadest selles suhtes midagi loota. (Derm. Wschr. 1917

pag. 207.) — Nõuandekohtasid (Beratungsstellen) peab ka Drecir palliativ abinõudeks ja soovitab nende asemel valveametit, mille alla kõik suguhaiged — nii mehed, kui ka naised — kuuluksid ja mis (et võimalikult vähe kahtlust äratada) ehk „statistilise tervishoiu ameti“ nime kannaks. Kõik suguhaiged saaks siin registreeritud ja peavad nad siia igal nädalal oma ravitsemisest teateid andma, seni kui nad arstliselt tervekssaanuteks on tunnistatud. Määruste rikkujaid ja lohakalt ravitsejaid määratakse sundslikule ravitsemisele haigemajadesse. (Selle valveameti alla kuuluksid ka end prostitueerivad isikud, ja toimetatakse siin, mitte aga kombepolitseis, nende ülestähendamine ja kontroll iga nädal ettenäidatavate arstitunnistuste abil (Derm. Wschr. 1917 pag. 207). — Nõuandekohtade poolt on Rothschuh, nendes üleminekukohtasid nähes sundusliku suguhaiguste teatamisele ja ravitsemisele (Derm. Wschr. 1921 pag. III). Valjuste astub W. A. Pusey suguhaigete sundusliku registreerimise vastu välja, ära näidates et sellel, kel õnnetus juhtunud siifilisehaigeks jääda, kõige raskem oleks, mis iialgi sündida võiks, kui tema saladus ilma jette kantakse. Ta hoiatab niisuguse määruse tarvitamisele võtmise eest ja leiab et selle läbi haiged arstiabi otsimisest eemale peletatakse ja nii kõige mõjukam siifilise vastu võitlemise abinõu kõrvaldatakse. — (The American Journal of Syphilis 1917 № 1.) — Niisama on ka Finger (Ztschr. f. B. d. Geschlechtskr., Bd. 15. Heft 7) — ja Hübner (Münch. med. Wschr. 1917 pag. 897) — sundusliku suguhaigete registreerimise vastu, selle asemele teadmise õigust tervishoiuametile jättes, mille juures saladust tähele panema on kohustatud kõik ametiasutused, kellega haigel tegemist. — Berliini Dermatoloogide Selts andis oma otsuse 4. III. 1920 suguhaigete sundusliku registreerimise vastu. — (Derm. Wschr. 1920 pag. 262.) Saksa riigi ülikoolide dermatoloogia asemikud kiitsid viimast otsust hääks omal koosolekul 19. VI. 1920 a. Küll aga pidasid nad piiratud teatamise õigust otstarbekohaseks ja läbiviidavaks. (Derm. Wschr. 1920 pag. 400.) — Sellesamale seisukohale asus ka Berliini arstiteaduslik selts, pääle selle kui Rosenthal äranäidanud oli et sunduslik suguhaigete registreerimine otstarbet ei saavuta, isegi kahju toob. — (Berl. klin. Wschr., 19. IV. 20).

Ettetoodud materjali tõttu võib seda küsimust lahendatuks lugeda. — Ajutiselt võeti mitmel pool sunduslik suguhaigete registreerimine tarvitusele. Kas ja kuidas ta läbi viidi, ja missuguseid resultaate sellega saavutati — ei ole kirjandusest näha. Vist aga põrkas ta äravõitmata raskuste pääle, nii et ta lootuseid mitte täita ei suutnud. Ning lõpuks näeme, meie, et mõõduandvad asjatundjate kogud tema vastu eitavale seisukohale asuvad. Viimase arvamisega ühinen ka mina. Küll aga pean ma tarvilikuks seadust, mille najal haiged, kes ennast mitte korralikult ei ravitse ja ümbruskonnale hädaohuks on, isegi suguhaigusi laiali laotavad, sunduslikule ravitsemisele võetakse ja tarbekorral haigemajasse mahutatakse.

Lubage lõpuks tähelepanu veel L. Merk'i ettepaneku pääle juhtida, kes soovitab kõiki suguhaigeid mitte nimeliselt registreerida, vaid haigetundemärgiks tema sünnipäeva ja sünnikohta võtta; suurtes linnades võiks sünnikohana linnajagu äratähendatud saada. — Kogemused näitavad, et seda veel ette tulnud pole, et ühel ja sel samal päeval ning kohal sündinud isikud oleks suguhaigeks jäänud ühel ja sel samal päeval ja ühesugustel

tingimistel ning kohal. — Kuude järgi korraldatud, saaks neid teatelehti hästi registriteks kokku seada ja sel teel ometi kõiki suguhaigeid registreerida, ilma nime nimetamata ja ilma saladuse ilma ette toomata. (Münch. Med. Wschr. 1914, № 38.)

Ma pean niisugust registreerimisviisi vastuvõetavaks.

Läbirääkimised. Diskussion.

Spindler betont, die Hauptsache sei, dass die Aerzte gewissenhaft die Meldekarten ausfüllen und solche im ganzen Lande eingeführt werden.

Põdder: Suguhaiguste registreerimine eraarstide poolt sünnib puudulikult ehk üleüldse mitte. Nõudmise korral saaksime andmeid, mis suguhaiguste laialilagunemise üle vale pildi annaks. Norras, Daanis, Ameerikas, kus suguhaigusi kauemat aega registreeritakse, on statistikad nii puudulikud, et nende väärtus peaaegu null. Registreerimine annab ainult sõjaväes, haigemajades, ambulatooriumides jne. usaldusväärilisi andmeid; neis asutustes olgu registreerimine sunduslik. Arste tuleb kohustada ainult nendest suguhaigetest teatama, kellelt karta võib, et nad suguhaigusi laiali laotavad, ehk laiali laotada võivad.

*

52) Drd. med. Anna Sossi: **Arstlised tunnistused abiellu astumise puhul** (Les certifications médicales à propos de la conclusion des mariages).

Arstlisi tunnistusi abielusse astumise puhul on nõutud kahelt seisukohalt välja minnes:

1) On silmas peetud rahva tervishoidu, et juuretulev põlv tõuseks tervetest vanematest.

2) Et abiellu astujad külgehakkavaid haigusi üksteisele edasi ei annaks.

Mõte, et ainult terved abiellu heidaksid, on iseenesest niivõrd ilus, et ma tema kaitseks midagi ei arva tarvis olevat ette tuua. — Ma tahan kuulajate tähelepanu ainult asja praktilise külje pääle juhtida, küsides:

1) Kas oleme meie arstid küllalt teadmistega varustatud, et meie igakord otsustada võime, kuidas ühe ehk teise isiku abiellu astumine rahva hää käekäigu pääle mõjub ehk kui palju üks ehk teine abiellu astujatest teisele poolele tervisliselt kardetav on?

2) Missugused oleks need tunnistused?

3) Kas on nendel tunnistustel tegelikku tagajärge ja kas vastab see nende soetamisest tekkivatele raskustele?

Haigused, mis meil abiellu astujate juures ära määrata tuleks, oleksid pääasjalikult järgmised: 1) pärandatavad närvi- ja vaimuhaigused; 2) haigused parandatud siifilise tagajärjel; 3) haigused ja kalduvused krooniliste mürgituste, nagu alkoholismi, morfinismi jne., tagajärjel; 4) külgehakkavad suguhaigused (Syphilis ja Gonorrhea).

Kõige raskem ja vastutusrikkam kohustus lasub psüchiaatrite ja neuroloogide pääl; siin ei ole tegemist mitte ainult haigustega, vaid ka kalduvuste ja iseäraldustega, nõrga tahtejõuliste momendi- ja tuju-inimestega, haiglaselt kõrgendatud affektidega, isikutega, kes ennast reaalilmaga vastavasse tasakaalu ei suuda panna. Siia kuuluvad ka kuritegijad, end prostitueerivad, joodikud jne. Ei pärandata ju tihti haigus mitte puhtal kujul, vaid patoloogiline konstitutsioon, ning siin ei suuda arst piiri tõmmata nor-

maalse ja patoloogilise seisukorra vahel. — Mitte vähem raske ei ole ka närvihaiguste eneste äramääramine. Tihti pääle aga on arstil ülekordse haige nägemise järele võimata haigust kui ka haiguse raskust kindlaks teha. Juhtuks, näit., mõnel epileptikul arstilisel ülevaatuse ajal hoog pääle tulema, siis keelataks temale abiellu astumine ära, kuna teised õnnelikumad, kellega seda ei juhtu, niisama haiged olles tervisetunnistuse saavad, ning sellega luba oma haigust edasi pärandada. — Tihti on aga just niisugustes saatusest märgitud perekondades elujõud ennast ülirohkelt ilmutanud. Goethe isa oli vaimuhaigena surnud, Beethoveni isa oli joodik, ning Friedrich Suure isa kannatas raskete depressiooni seisukordade all. Samasuguseid nähtusi, muidugi palju väiksemal kujul, on igaüks oma ümbruskonnas tähele pannud.

Kergem ehk oleks ära määrata *suguhaigusi*, ning siin oleks iseäranis õigustatud nõudmine et abiellu astujad sellel alal terved oleksid. Arstlise tunnistuse nõudmine suguhaiguste kohta on ellu tõusnud kohutavalt suurest suguhaiguste arvust. — Viimase statistika järele enne sõda oli Hamburis ja Berliinis kõigist täiskasvanud meestest gonorrheat põdenud 140 %, siifilist 40 %. Pääle sõda on see arv arvatavasti veel suurenenud.

Palju on vaieldud selle üle *kes* peab tunnistust tooma. Et suguhaigused meeste seas rohkem laiali lagunenud, kui naiste seas, siis soovitati mõnelt poolt tunnistust ainult meeste käest nõuda. Statistika on aga näidanud et 63 % luest ja 60 % gonorrheat põdevaid naisterahvaid alla 25 aastat vanad on, mille järele oletada võib, et gonnorrhea ja lues ka vallaliste naiste seas laiali on lagunenud.

Raskusi sünnitab ka tunnistuse toomise *aja* kindlaksmääramine. Soovitakse tunnistust tuua 4—5 kuud enne esimest sugulist ühendust, et haiguse korral veel võimalik oleks arstida.

Tegelikult aga algab füsioloogiline abielu tihti enne kui juriidiline, ning nende käest tunnistust nõuda, kes juba sugulises ühenduses, oleks nali. Mõlemate haiguse korral on mõttetu abiellu astumist keelda, sest parem on, kui haiged haigetega abiellu astuvad; muidugi mõista et arst neile nõu annab ennast arstida. — Väljaantud tunnistus on maksev kuni väljaandmise päevani.

Missugune oleks suguhaigete *järelevaatamise kava*? Üks niisugune, väljatöötatud Dr. Schubart'i poolt, oleks järgmine: *Tripperi* juures: meesterahval — uriini, urethra, prostata ja seemne, põie sekredi järelevaatamine ilma ja mitmesuguste provokatooriliste võtete ja mitmesuguste värvimise viisidega, kokku 32 mikroskoobilist preparaati; kolmekordne cystoskopeerimine; naisterahval — genitaalide ja rectumi, mitmekordne erituse mikroskoobiline järelevaatamine enne ja pääle menstruatsiooni, enne ja pääle cervixi äritust.

Siifilise juures: Wassermann'i reaktsioon, mitmekordne, liquor cerebrospinalis'e läbivaatamine mitme metoodi järele. Seesmiste orgaanide järelekatsumine, Röntgeni südame pilt.

Kõige selle protseduuri läbitegemine on niisuguste raskustega ühendatud, et tõsiselt arvamisele võib tulla, et siin arvatavate resultaatide saavutamiseks liiga suurt ohvrit tuuakse. Üleselle on äranägemiste järele enneabieluline infektsioon suurem.

Sarnaste arstiliste tunnistuste nõudmine toob enesega kaasa aga veel teisi küsimusi. Mis teha näit. nendega, kes enesega kõiki neid operatsioone

teha ei lase ehk kes saadud resultaatidega rahul ei ole? Tähendab, tuleb luua veel üks kõrgem instants, kes niisuguseid juhtumisi lahendaks. Ei leia seadus rahva seas poolehoidu, siis katsutakse temast ühel ehk teisel teel mööda minna. Sarnast seisukorda tooks ka sunduslik arstlise tunnistuse nõudmine enesega kaasa ja kõrvalteid juba leidub. Rikkamad teevad reisu väljamaale ja astuvad sääl abiellu, kellel aga see võimalus puudub, astuvad abiellu ilma kiriklise ehk riiklise tunnistuseta. Siiamaale oli sarnaste abielude vastu avalik arvamine, sundusliku tunnistuse nõudmise puhul võtaks avalik arvamine teise pöörde: neid võetaks kui kannatajaid ning nende seisukord ja tegevus oleks seltskondliselt õigustatud. Kas aga niisugused vabad vahekorrad seltskonnale soovitavad, on väga küsitav.

Ka teistes maades ei ole selles asjas kaugele jõutud. 35 Ameerika riigis, 48 seast, on keelatud abiellu astuda langetõbistel, vaimuhaigetel ja parandamata suguhaigetel. Keelust üleastujaid trahvitakse vangistusega ja rahatrahviga kuni 1000 dollarini. Arstlist tunnistust nendest 35 riigist nõutakse ainult kolmes; teistes on maksev ainult suusõnaline tunnistus, üleselle tõendus, et viimasel 5 aastal ei ole seltskonna abi tarvitatud. — Neu-Jersey riigis nõutakse veel tunnistajaid. Arstlisi tunnistusi nõuti Vaschingtoni, Põhja-Dakota ja Oregoni riikides. Vaschingtonis oli aga seadus maksev ainult 6 kuud ning kaotati siis rahva nõudmisel ära. Põhja-Dakotas ja Oregonis nõuti tunnistusi ainult meestelt: kas seadus sääl praegu veel maksev, ei ole mul teada. Kolm aastat tagasi hakati Norras tunnistusi nõudma, mida võib välja anda koduarst; ning ühe norralase arvamise järele olevat mõne „koduarsti" klientuur selle tõttu väga suur. . . Ei õnnesta mõnel paaril tunnistust saada, siis hõõdab ta Rootsis ehk Daanis abiellu.

Ma ei taha oletata, et eelpool ettetoodud läbivaatamise kava ka märksa lihtsustatud kujul meil läbiviidav oleks, ei arva ka, et sundusliku tunnistuse tagajärjel, olgu missugusel kujul, suguhaiguste arv vähemaks jääks. Senikaua kui seltskond ja terve rahvas ei moodusta ühist väerinda suguhaiguste vastu võitlemiseks, jääb tunnistuse nõudmine asjatuks.

Tuleb seltskonnale selgeks teha suguhaiguste hädaoht, ja et teisele haiguse edasiandmine kuritegu on. Suguhaiguste kohta tulevad niisamasugused määrused maksma panna, kui iga teise infektsioonihaiguse kohta. Peab võimaldama kättesaadavat ja tasuta suguhaiguste arstimist.

Oleme kord niikaugele jõudnud, siis võime rahva tervenemist loota.

Läbirääkimised. Diskussion.

Paldrock: Meie ei saavuta tagajärgi, kui meil mitte pind, millel töötada tahame, ette valmistatud pole. Ma olen ka arvamisel, et meil esimeseks ülesandeks olema peab siin pinda luua. On ta loodud, siis võime arsti attesti nõudmisele abiellu astumise puhul asuda.

Spindler ist der Meinung, dass alle Massregeln vermieden werden sollten, die Eheschliessungen erschweren, ganz besonders in einem Lande, wo die Zahl der Todesfälle grösser ist als die der Geburten. Die Einforderung der Eheschliessungsatteste in ihrer rigorosen Form ist daher abzulehnen. Man sollte aber möglichst Propaganda dafür machen, dass es gebräuchlich wird, dass der Vater der Braut vom Bräutigam ein Zeugnis von seinem Vertrauensarzt fordert.

Rütmann: Tunnistuse nõudmine trehvaks terveid, kuna haiged puutumata jääksid. Võimalusi on nii palju ka kõige vilunumaid eriarste petta. Päälegi on need järelvaatused niisuguste suurte raskustega ühenduses ja mitte alati kahjuta (näituseks liquor cerebrospinalis'é järelvaatamine).

*

53) Prof. A. Paldrock: **Suguhaiguste profülaksis sõjaväes.** (La prophylaxie des maladies vénériennes dans l'armée.)

Aruandes suguhaiguste vastu võitlemise töö üle Briti vägedes Indias ja Malta saarel 1913 a. seletab H. C. French (Lancet 1913 № 4700/01), et suguhaiguste protsendi kõige märksamini vähendavaks abinõuks oli: varane ja hoolas ravitsemine. Haiguse varast äratundmist peavad ka Saksamaa teadlased (F. Veres: Militärarzt 1916 № 17) võimsaks teguriks suguhaiguste vastu võitlemises.

Siin tekib küsimus: Kuidas saavutaksime meie Eesti sõjaväes suguhaiguste varast äratundmist?

Esimeseks ülesandeks oleks seletuse töö: tutvustada suguhaiguste tundemärkidega, ära näidates nende tähtsust isikule, kogukonnale ja riigile. Siin oleks kõigepäält suusõnalik seletav töö, mis sõjaväe arstid oma osades toimetaks loengute abil; ühes sellega laiali laotades vastava sisuga broshüüre ja lendlehti. Arstimisel haigemajades viibijaid kui ka ambulantsides käijaid peaks informeeritama. Sõdurite eluruumides ülesriputatud plakaadid, lühikeste seletustega ja häädsoovivate märkustega on kasutoovad. Õhtused ja öösised väljajäämised väeosadest peaks valju kontrolli all seisma. Kasarmute ligiduses tuleks ärakeelata joogikohad naisteenijatega, kui ka kokkusaamise kohad lõbunaisterahvastega ja avalikud majad; silmas pidades, et iga avalik naesterahvas juba esimese nelja nädala jooksul tripperihaigeks jääb ja nelja aasta jooksul omale siifilise omandanud on (Jannet: Journal de Wrolagie). Inglismaal nähti selle abinõu tarvitusele võtmisel juba suguhaiguste märksat vähenemist sõdurite keskel. Suguelu reguleerimise suhtes olid Vene-Jaapani sõjas japaanlastel sõdurite tarvis sõjaväe kontrolli all seisvad avalikud majad sisse seatud, millede elanikud maksuta tarvitada olid (Päsini: Giornale Italiano della Malattie Veneres e della Pella 1915). Ka austerlastel olid sarnased asutused suures ilmasõjas.

Saksamaal hakati 1894. a. isiklikku profülaksist sisse seadma ja müüdi igale tahtjale 20 penni eest „virod", mis pääle sugulist läbikäimist tarvitada tuli. Selle järele hakkas suguhaigete arv meeskondades vähenema, mis põhjuseks oli, et paljud väeosad seda abinõu tarvitama hakkasid. G. A. Rost'i aruandest (Derm. Wschr. 1914, pag. 725) on näha, et 1907. aastal ainult veel pool sellest arvust suguhaigeid oli väeosades, kui 10 aastat enne seda. 20% Protargooli sulatis pritsiti kusetorusse ja 1—2‰ Sublimaadi sulatisega pesemist pidi sanitaarpersonaal mitte hiljem kui 6 tundi pääle sugulist läbikäimist ette võtma. Austrias tehti 1905. a. profülaktiliste pesemistega katseid Budapestis, millede tagajärjeks oli, et umbes $^2/_3$ võrra suguhaigused vähenesid. Selle tõttu soovitas valitsus neid 1907. a. kogu sõjaväes tarvitusele võtta. Prantsusemaal tehti 1907. a. sõduritele sunduslikuks tarvitada Kal. hypermang. pritsimist kusetorusse ja pääle selle suguosa sissehõõrumist 50% Calomelisalviga. Tagajärjed olid hääd. Profülaktiliste abinõude

tarvitamisele võtmisest nähti kõige paremaid tagajärgi Ameerika mereväes, kus 1899. a. 264‰ suguhaigeksjäämisi olnud oli ja 1901. a. veel ainult 134‰, pääle selle kui profülaksist tarvitama hakati. Iga madrus, kes maale käima lubatud, sai tagasitulles desinfitseeritud, sest tema pääle vaadati kui haigeksjäänud isiku pääle (Ledbetter: The Journal of the Americ. med. assosiation, April 1911) kui tema küsimise pääle vastas, et ta sugulikult läbi käinud oli. Eitas ta aga sugulist läbikäimist ja oli omale ometi suguhaiguse omandanud, siis võeti ta valetamise eest vastutusele. — Põhja-Ameerika Ühisriikide sõja departement on järgmise määruse 1916. aastal välja kuulutanud: „Juhtivate ohvitseride kohus on selle järgi valvata, et väljalubatud meeskondlased tagasi tulles haigemajas või ambulantsis profülaktilisi abinõusid tarvitusele, võtaks sel määral nagu kindralarst neid ette kirjutanud on. — Iga sõdur, kes neid määrusi mitte ei täida, langeb kohtuliku karistuse alla (Derm. Wschr. 1915, pag. 40). Ameeriklaste häid profülaktilisi tagajärgi toonitades (Derm. Wschr. 1919, № 1 ja 49) soovitab Blaschko neid ka Saksamaal tarvitusele võtta. 16 aasta jooksul ei ole Ameerika sõjaväes mitte ühtegi suguhaigeks jäämist ette tulnud, kui abinõud esimese 4 tunni jooksul pääle sugulist läbikäimist tarvitusele olid võetud. Sündis see alles esimese 10 tunni jooksul, siis tuli 0,5 % haigeksjäämist ette ja pääle 10 tunni oli 7,4 % haigeksjäämist näha.

Meie tuleme nüüd küsimuse selgitamisele: mis meie sõjaväes selles suhtes ette võtta tuleks?

Vastuseks oleks: eelpool nimetatud üleüldised abinõud peavad tarvitusele võetud saama. Isiklik profülaksis tuleks ameeriklaste määruste eeskujul läbi viia, mis juures ma soovitan, et profülaktilised abinõud peavad ilma maksuta ja kergesti kättesaadavad olema, olles soovijatele ka ostuteel omandatavad. Kõige kohasemaks soovitan ma individuaalseid pakikesi, mis sisaldavad: seepi, sublimaadisalvi, protargooli sulatist ja puuvilla ja mida tarvitada juhtumistel, kus nende tarvitamise viisiga tuttav oldakse. — Muidu aga peab profülaksis sanitaar-personaali abil sündima selleks määratud ambulantsides, või haigemajades. Iga kord peab tagasitulejale sellekohane küsimine ette pandama; eitatakse sugulist läbikäimist ja oldi ometi suguhaiguse omandanud, siis võetakse süüdlane vastutusele, niisamuti ka määrusi mittetäitjad. Vähemalt 2 korda kuus peaks meeskonda suguhaiguste suhtes läbi vaadatama.

Alkoholi tarvitamist tuleb piirata ja võimalus luua, et meeskonnal alkoholita joogid kergesti kättesaadavad oleks. Enne sugulist läbikäimist peab suguliiget ja ümbrust sublimaadisalviga võietama. Pääle läbikäimist pestakse seebi ja veega suguosa ja ümbrus hoolsasti puhtaks ja määritakse jälle sublimaadi salviga ning pritsitakse paar tilka protargooli sulatist kusetorusse ja pannakse puuvilla tombikene ette, et mitte pesu määrida.

Sublimaadi salvi koosseis on Neisseri järgi: Sublimati 0,3 + Na. chlorati 1,0 + Tragaganthi 2,0 + Amyli 4,0 + Gelatini 0,7 + Alcoholi 25,0 + Glycerini 17,0 + Aq. destill. 50,0; ta ei sisalda mitte rasva, et mitte rasvakorra läbi rohu ja haiguse idu kokkupuutumine takistatud ei saaks. Protargooli sulatise koosseis on: 20 % Protargooli + 80 % Glyceriini..

Läbirääkimised. Diskussion.

Juss: Berliinis on suguhaiguste profülaksis õige laialdasele alusele seatud. Linnas on terve võrk abiandmise kohti. Väljakäigukohtades võib

igal pool umbes järgmise sisulisi kuulutusi näha: „Iga suguline läbikäimine väljaspool abielu on ühenduses hädaohuga suguhaiguse saamise poolest. Seepärast on tarvilik, et 2 tunni jooksul abinõud tarvitusele võetaks, suguhaiguse ärahoidmiseks. Lähem abiandmise koht asub sääl ja sääl."

Paldrock: Isiklik profülaks on kallis, kuid tuleb siiski odavam kui haigete sõdurite ravitsemine.

*

54) Dr. K. Lüüs-Tallinn: **Suguhaiguste ravitsemise korraldus Eestis** (L'organisation du traitement des maladies vénériennes dans l'Esthonie).

Juba 1522. aastal on siifilise haigete arstimise jaoks Tallinnas haigemaja „Pockenhaus" olnud, küll ainult 6 inimese jaoks, aga mõnusasti sisse seatud, isegi oma õllekoda ei ole puudunud. Ka oma arst oli ametis — meister Hans Kerne Arsten.

Arstitud pääasjalikult määrimistega, siis Guajak ja Sarsaparill'aga isikuid niihästi linnast kui ka ümbruskonnast. See haigemaja hävitati ära herzog Magnuse meeste poolt aastal 1570. Pääle selle tuli aeg, kus siifilise ravitsemiseks õige vähe tehtud, kuna haigus ise ikka rohkem ja rohkem laiali lagunenud, milleks iseäranis kaasa aitanud see, et Tallinnas kaunis palju sõjaväge peetud. Kanti hoolt sõjaväelaste eest, üleselle ka avalikkude naisterahvaste eest, neile hädakorral isegi garnisoni laatsaretis ruumi andes. Vene valitsuse poolt asutati 1785 nõndanimetatud. Priihospital (Больница Приказа Общественнаго Призрения), mille juures 1789 suguhaiguste jaoskond avati. Aastal 1850 oli sääl 8 voodit meesterahvaste ja 17 naisterahvaste jaoks. 1911. aastast hakati Tallinnas kindlust ehitama ja 1912 Balti laevatehast. Sellega voolas siia Venemaalt palju sõjaväelasi, ametnikke ja töölisi, mille tagajärjel suguhaiguste arv tõusis, iseäranis pääle ilmasõja lahtipuhkemist 1914. a.

Aastal 1916 pööras Tallinna arstline politseikomitee linnavalitsuse poole, kurtes, et nais-suguhaigete jaoskond Priihospitali juures on nõnda täis, et ei saa enam vastu võtta neidki avalikke naisterahvaid, kes siifilise külgehakkavatest tnndemärkidest aina nõretavad. Saadi siis nii kaugele, et priihospitalist viidi rõuge- ja scarlatinahaiged külgehakkavate haiguste haigemaija üle, millega avanes ruum 50-ne siifilist põdeva naisterahva jaoks.

15. dets. 1917. a. otsustas Tallinna linnavolikogu avada erilise suguhaiguste haigemaja ja ambulatooriumi; viimane avati 22. I. 1918. a. Viru tänava üleüldise eraambulatooriumi ruumides. — Järgneva okkupatsiooniaja võimudel oli päähuvi oma sõduritest suguhaigust eemal hoida. Ambulants jäi kinni, selle vastu aga avati 13. III. 1918 linna suguhaiguste haigemaja naisterahvaste jaoks 160 voodiga; sinna koondus avalikkude naisterahvaste kontroll. Priihospitali jäi meeste suguhaigete jaoskond edasi 20 voodiga.

Praegu on Tallinnas asutused suguhaigete arstimiseks:

1) Naha ja suguhaiguste jaoskond Linna Keskhaigemaja juures; (oma ette väike maja, 23 voodit); 2) linna naha ja suguhaiguste haigemajas, pääasjalikult avalikkude naisterahvaste jaoks, keda sinna suuremalt jaolt valvekohalt sisse saadetakse, 160-ne voodiga; 3) Tallinna sõjaväe haigemaja; 4) Suguhaiguste ambulatooriumid: a) Punase-risti ambulatoorium (end. Eesti arstide ambulatoorium); b) Viru tänava ambulatoorium (kliinik); c) sõjaväe ambulatoorium (Punase risti amhulatooriumi ruumides); d) Keskhaigemaja sugu-

haiguste jaoskonnas siifilise haigete ambulatoorium; e) Valvekoha (kus avalikka naesterahvaid üle vaadatakse) ambulatoorium. Kôigis ülevalnimetatud asutustes seisab ravitsemine eriarstide juhatusel. 5) Raudtee ja vabrikute üleüldised ambulatooriumid, kus vabrikuarstide poolt ka suguhaigeid ravitsetakse.

Pääle selle ravitsevad Tallinnas 1921 aastal 18 suguhaiguse eriarsti ja kaunis kogu teistelt erialadelt arste suguhaigeid.

Wassermanni vereproovi tehtakse Tallinnas 3-es kohas: 1) Seevaldi vaimuhaigete-maja juures, 2) Dr. Sibul'a era-laboratooriumis, 3) Sôjaväelastele sôjaväe haigemaja juures.

1920 a. oli Tallinnas suguhaigeid ravitsusel:

era-haigemajades kokku	806 haig.
era-ambulatooriumides kokku . . .	879 „
92 eraarsti juures	3272 „

siia juurde tuleb veel sôjaväe haigemaja haigete arv, mis teadmata.

Tartus (49 806 elanikuga) ei olnud kuni 1904 aastani ülikooli juures suguhaiguste üle mitte ettelugemisi, alles sellel aastal sai Dr. med. Paldrock luba eradotsendina ettelugemisi, mis mitte ei olnud sunduslikud, pidada; kus juures ta demonstreerimiseks haigeid oma erapraktikast kaasa tôi. 1911 aastal avas ülikooli valitsus naha ja suguhaigete jaoks ambulantsi Kroonuaia uulitsal; sääl kôrval luges 1912 a. kuni okkupatsiooni lôpuni eradotsent Terrepson kliiniliselt — naha ja suguhaiguste üle Tartu linna naha ja suguhaiguste meesterahvaste haigemajas Aleksandri uulitsas. 1915 aastal sai A. Paldrock dotsendiks, aasta hiljem professoriks, mis ajast ka üliôpilastel ettelugemistel käimine sunduslikuks tehti. 1919 aastal avati ülikooli Dermatoloogia polikliinik, kus 1920 a. oli arstimisel 261 haiget. Üleselle on suguhaigetel ennast vôimalik arstida Tartu linna haigemaja naiste- ning meeste naha ja suguhaiguste jaoskondades; esimene neist 50 voodiga, asub Puiestee tän., teine, 65 voodiga, — Alexsandri tän. 80. Neis jaoskondades on ka ambulatooriumid, kus vabatahtlikult ravitsemisel käijad 10 mk. korra. päält maksavad, rohud ühes arvatud. Kôik need asutused on eriarstide juhatusel.

1920 a. on suguhaigeid kôigis Tartu linna haigemajades olnud 768. Ambulatooriliselt end arstinud 892, eraarstide juures 1825 — kokku 3485 haiget. Suguhaiguste eriarste Tartus on 9. Tartu maakonnas arstide juures käinud 216 haiget. Pääle selle on Tartus sôjaväelastele II. Diviisi laatsaret oma ambulatooriumiga.

Narva linna haigemajal on teistest jaoskondadest eraldi 20—25 voodit suguhaigete jaoks; voodite arvu vôib tarbekorral suurendada. Sellesama haigemaja juures arstitakse suguhaigeid ka ambulatooriliselt.

1920 a. oli Narvas ühes vabrikutega arstimisel suguhaigeid 962. Pääle selle on Narvas sôjaväelastele I. Diviisi laatsaret ambulatooriumiga.

Pärnu linna ja maakonna ühise haigemaja juures on suguhaigetele omaette jaoskonnad, meesterahvastele päähoones 8 voodiga, naistele eraldi maja 12 voodiga. Voodite arvu vôib tarbekorral suurendada.

Haigemaja juures on ka ambulatoorium, kôik eriarsti juhatusel.

1920 a. on ravitsusel olnud: linna haigemajas 95; ambulatooriumis 35; eraarstide juures 213, kokku — 343 haiget. Pärnu maakonnas kokku 69 haiget. Kôik kokku 412 haiget.

Viljandi linna ja maakonna ühise haigemaja juures on eraldi jaoskond, kus ainult suguhaigeid registreeritud naisterahvaid arstitakse (meesterahvaid ravitsetakse linna haigemajas eraldamata teistest). Omaette suguhaigete ambulatooriumi ei ole, vaid ravitsemine sünnib üldises ambulatooriumis, haigemaja juures. 1920 a. on haigemajas olnud 37 suguhaiget; linna arstide erapraktikas — 163; maakonnas, arstide juures — 135; kokku 335 haiget.

Valk. Linna ja maakonna suguhaiged ravitsetakse linna haigemajas. Meestele ja naistele on kummagil eratuba à 4 voodiga. 1920 oli haigemajas 17 haiget.

Rakvere. Üleüldises linna haigemajas on meeste ja naiste jaoskonnad suguhaigete ravitsemiseks, kummalgi pool à 4 haige jaoks. (Üleüldse on haigemajas 30 voodit.) 1920 a. on ravitsemisel olnud: Linna haigemajas 13 suguh., ambulat. — 1, arstide juures — 182, Viru maakonnas — haigem. 4, ambulatooriliselt 86, arstide erapraktikas 156. Kõik kokku 442 haiget.

Võrus saavad suguhaiged arstitud üldises linna haigemajas, kus aga sellekohane alaline jaoskond puudub; haigeid grupeeritakse tarviduse järgi omaette ruumidesse. 1920 a. ravitsetud Võru linna haigemajas 32 suguhaiget, arstide juures 28, Võru maakonnas 174. Kõik kokku 333 haiget.

Saare maakonna haigemajas Kuresaares on suguhaigete jaoks eraldi jaoskond 9 voodiga. 1920 a. oli — Kuresaare linn ühes arvatud — ravitsusel haigemajas 18 haiget, ambulatooriliselt 37, arstide juures kodus 89, kokku 144 haiget.

Haapsalu. Ühine linna ja maakonna haigemaja, kus ka suguhaigeid ravitsetakse (kui on külgehakkav järg, siis ka külgehakkavate haiguste barakis). Veel on olemas Lihulas üleüldine haigemaja, kus ravitsetakse ka siifilisehaigeid omaette toas. — 1920 a. oli Haapsalu linna haigemajas 1 suguhaige, ambulatooriliselt rav. 8, arstide juures kodus 41. Lääne maakonna arstide juures 109. Kõik kokku 159 haiget.

Paide. 1920 a. oli linna haigemajas 24 suguhaiget, ambulat. 8, arstide juures 71. Järva maakonnas: ambul. 1 haige, arstide juures 8. Kõik kokku 112 haiget.

Petseri. Suguhaigeid ravitseti Vene valitsuse ajal, nagu teisigi haigeid, maksuta ambulatooriumis ja statsionäär haigemajades. Nüüd aga peavad nemad rohtude eest maksma ja veel statsionäär haigemaja kulud 50—100 mk. päev. Siifilise arstimise maksab nüüd riik. Petseris ja Isborskis on haigemajad, kus suguhaigeid ambulatooriliselt ravitsetakse. Haigemajas erajaoskonda suguhaigete jaoks ei ole, üksinda iseäralistel juhtumistel võetakse neid Isborski ja Petseri haigemajadesse ravitsusele. Viimasel ajal olevat otsustatud Petseri haigemaja juurde suguhaiguste jaoskond avada, esialgu 4 voodiga. Üleüldse arstivad end Petserimaal suguhaiged arstide ja velskerite juures (pääle arstipunktide on welskeripunktid). 1920. a. Petseri linnas ja maakonnas (märtsi kuust hakates) on olnud suguhaigeid ravitsusel: Haigemajas 2, ambulatooriumis 345. Isborskis: ambulatooriumis 41. Kõik kokku 388 haiget.

Arstimine sünnib pea igal pool kombineeritud neosalvarsaan-elavhõbedaga; ainult 2 linna haigemajas elavhõbedaga üksi, küll aga nendeski linnasdes eriarstid arstivad neosalvarsaaniga.

Wassermann'i vereproovi tegemine on ainult kahes linnas võimalik, Tallinnas (v. eespool) ja Tartus (Ülikooli bakterioloogia instituudis,

Tartu linna haigemaja meeste naha- ja suguhaiguste jaoskonnas, Dr. Hansen'i ja Dr. Zimmermann'i juures Mellini haigemajas).

Siifilise arstimine linna ja maakonna haigemajades sünnib riigi kulul (kes septembri kuust 1920 tasub omavalitsustele täiel määral kõik kulud, mis tekkinud: koolera, katku, siifilise, pidali- ja marutõbeliste haigete ravitsemisest).

Teiste suguhaiguste kohta vastati, et nende ravitsemine sünnib kas haige omal kulul, kogukonna ehk vastavate asutuste kulul. Üksinda Tallinna ja Tartu ühine haigekassa tasub oma liikmete perekondade ka suguhaiguste ravitsemise eest. Nõnda ka riigiteenijate eest maksab riik. Suguhaiged aga ise ei taha palju seda abi tarvitada teatavatel põhjustel.

Nõuande kohad. Kuna suguhaigused õige pikaldased ja, nagu siifilis, mitmekordset vältavat arstimist nõuavad, on tähtis, et haiged ka pääle arstimist veel kontrolli all oleks. Et seesugust järelvalvamist pääle arstimist võimaldada, asutati omal ajal Hamburis esimene sarnane „nõuande koht" (Beratungsstelle). Arstid ja haigemajad annavad sinna oma arstimisel olnud haiged üles, kas otsekohe ehk haigekassade kaudu; osalt ilmuvad ka ise nõuande kohta nõu küsima. Leitakse endisel tripperihaigel veel gonokokka, siis kohustatakse teda veel arstimas käima (nõuande kohas ei arstita). Siifilisehaigeid kohustatakse tarvilist kurside arvu läbi tegema Wassermann'i vereproovi kontrolli all, mis harilikult 2—3 a. kestab. Niisugused nõuande kohad olid Saksamaal laialt käimas, iseäranis sõjaväest kodujõudvate sõdurite jaoks ja neil on igatahes suur tähtsus suguhaiguste laialilagunemise vastu võitlemiseks, aga siiski on neil ka Saksamaal palju vastaseid, sest arst peab nõuande kohta oma haigeid üles andma ja sellega rikkuma oma arstisaladust, mis omakord palju haigeid arstide juurest eemale peletab.

Teiseks annab arst nii oma haiged käest ära nõuande koha meelevalla alla, ja vaevalt soovib haige enam arsti juurde tagasi minna, kes teda välja andis. Leidub siiski küllalt arste, kes oma haigeid välja ei anna ja viimased muidugi lähevad hakatusest pääle niisuguste juurde, ehk aga pööravad ebaarstide poole. Nii saab kogu see korraldus küsitavaks. Vahest suurtes ilmalinnades, kus iga üksik inimene suure kogu sekka ära kaob, ei kardeta nõnda oma haigust saladuses hoida, aga meil on see küll teisiti. — Pääle selle on küsimus, kes kannab nõuande kohtade ülevalpidamise kulud? Vististe oleks otstarbekohasem, meie kitsastes oludes, et ravitsemise kohad rahvale hästi kättesaadavad ja kõigi ajakohaste arstliste abinõudega, nii haiguse äratundmiseks, kui ka ravitsemismõttes varustatud oleks.

Seesugused ravitsemise asutused oleksid siis ka ühtlasi häädeks nõuande kohtadeks, niisama kui seda on ka iga üksik arst.

Seisukoha võtmine ebaarstide kohta. Linnade ja maakonna arstidelt saadud teadetest sain mulje, et meil mitte väga palju ebaarste ei ole, vähemalt niisuguseid, kes suguhaiguste ravitsemisega tegemist teevad, pääle mõne velskeri. Velskerid on iseäranis Vene piiriäärsetes kohtades, nagu Narva ja Petserimaal, kus velskeritel nagu jaoskonna arstitelgi omad arstimise punktid on. Küll puuduvad ka kindlad ja otsekohesed teated ebaarstide ja nende tegevuse kohta suguhaigete ravitsemise alal.

Õige tihti esinevad ebaarstina endised tripperihaiged, oma vana retsepti ära kirjutades, ehk edasi andes. Iseäranis apteekrid praktiseerisid, vähemalt varemini, ka sellel alal kaunis tublisti.

Siifilise ebaarstimisest on vähem kuulda, aga siiski tuleb sedagi ette. Nii Tallinnas enne ilmasõda ilmus tihti ajalehtedes kuulutus, milles siifilise haigust parandada lubati lühikese ajaga ja täielikult. Aegajalt võis haigetelt kuulda, et nemad selle ebaarsti juures — kes ameti poolest inseneer — ennast arstimas käinud; arstimine olnud aga liiga kallis hariliku arstide maksuga võrreldes ja lubatud terveksaamine olevat ka tulemata jäänud. 1920 a. suvel tehtud mainitud ebaarsti rohuga isegi ühes Tallinna siifilise-jaoskonnnas haigete kallal katseid. Tagajärg null ja saladuslik rohi olnud „ol. Lauri".

Kultuurilisel Saksamaal on lugu ebaarstimise poolest iseäranis täbar, kuna siin seda kutsetegevuse vabaduse (Gewerbsfreiheit) alusel lubatakse. Nii oli 1878 a. Berliinis 28 ebaarsti, 1903 a. aga juba 1013, kuna kogu Preisimaal ametlikkude andmete järele 1902 a. oli 4104 praktiseerivat ebaarsti; mõnes kreisis isegi enam, kui pärisarste. Nõnda näeme, et rahva hariduse järg ei ole ka veel mõõdupuuks ebaarstide rohkuse äramääramiseks. Meilgi hariduselu keskkohas — Tartus — on juhtumisi ette tulnud, kus velskerid ja ebaarste lubamata arstimise eest isegi kohtulikule vastutusele on võetud.

Kui tihti astub päältnäha terve tripperi- ehk siifilisehaige abiellu, täies arvamises, et ta terve on, sest ebaarst on ta „terveks teinud" ehk terveks tunnistanud, kuna ta oma abikaasale ja järeltulevale soole haigust edasi annab.

Sellepärast, kuna meie näeme ja teame, et suguhaiguste ebaarstimised ja vastavad kuulutused, iseäranis ajalehtedes, rahva tervisele kahjulikud on, peame õigeks ja tarviliseks, seadust, mis ebaarstide tegevuse täielikult ära keelaks.

Kokkuvõte.

Kuidas korraldada otstarbekohast võitlust suguhaiguste vastu?

1) Olgu meil nii Tallinnas kui Tartus riigi poolt, ülalpeetav suurem haigemaja naha- ja suguhaiguste jaoks meestele ja naistele eraldi ja seesuguses kohas, mis küll linna haigemajade, kliinikute ligiduses, aga siiski tarviliselt oleks varjatud. Tartus olgu see ühtlasi naha ja suguhaiguste kliinikuks, kus meil tulevaseid arste ka suguhaiguste vastu võitlemiseks ette valmistataks. Neisse haigemajadesse koonduksid üle riigi sarnased suguhaiged, keda kohapääl arstida võimalik ei ole.

2) Kuna just pärandatud siifilisega laste saatus väga kurb, siis tuleks ka nende jaoks kõige vähemalt Tartu kliiniku juurde laste naha ja suguhaiguste jaoskond avada.

3) Teistes maakonnalinnades oleks tarvis olevaid haigemajasid nii sisse seada, et ka suguhaiged kergema meelega ennast nendesse ravitsema tuleks. Suguhaige pääsoov on, et ta haigus rohkem saladusesse jääks.

4) Iseäranis tähele panema peame suguhaigete ambulatoorilist arstimist, sest ta tuleb odavam ja suguhaiged võivad oma tööd edasi teha. Edasi võib arstimist ka rohkem selle aja pääle määrata, millal töötaval rahval rohkem aega.

5) Pääle haigemajade ja ambulatooriumide jääb eraarst oma koduses kõnetunnis pääteguriks suguhaiguste vastu võitlemisel. Võiks ka peaaegu

igas linnas oma eriarst olla. Kui temal erialal mitte küllalt tegemist ei ole, siis võiks suguhaiguse eriala kõrval ka üleüldist praktikat ajada, ehk ümberpöördult.

6) Võiks Tartu ülikooli juures ja vist ka Tallinnas lühikesi arstidele täiendamise kursusi toime panna, kust praktilisi näpunäiteid saadakse näit. mikroskoobiliste uurimiste kohta haiguste juures, verevõtmise kohta Wassermanni jaoks, salvarsaani pritsimise kohta jne.

7) Meil on Tallinnas ja Tartus mitu kohta selleks Wassermanni reaktsiooni toimepanemiseks. Tarvis organiseerida, et igast teisest riigi osast siia oleks võimalik kergesti saata verd proovimiseks.

8) Edasi oleks soovida, et suguhaiguste ravitsemisel tarvitatavad rohud (neosalvarsaan) meil odavamalt kätte saadavad oleksid.

9) Sunduslik arstimine on tarvilik avalikkude naisterahvaste juures. Siin küll muud abinõud ei aita.

10) Oleks tarvilik kokku seada lühikesi broshüüre praktiliste näpunäidetega haigele. Neid võiks arst pääle suusõnalise õpetuse haigele kaasa anda, nagu see väljamaal paljudes kohtades tarvitusel on.

11) Ebaarstide tegevust ära keelata seaduse teel.

12) Rahvast valgustada suguhaiguste hävitava mõju ja selle vastu võitlemiseks ravitsemise tähtsuse üle.

*

56) Dr. H. Rütmann-Tallinn: **Seadused ja määrused kuritööde ja eksimiste vastu sugulisel alal, prostitutsiooni korraldamiseks ja suguhaiguste vastu võitlemiseks.** (Les lois et les règlements à propos de la lutte contre la prostitution et les maladies vénériennes.)

Iga riigi kohus on selle eest hoolt kanda, et tema kodanikkude seas terve ja kõlbline vaim valitseks ja et kasvav noorsugu nii kehaliselt kui ka vaimliselt terve ja tugev oleks, sest sellest oleneb riigi olemasolu ja tulevik täielikult. Sellepärast on iga riigi seaduses karistused kuritööde ja eksimiste eest sugulisel alal ette nähtud ja neid täiendakse alatasa ajanõuetele vastavalt.

Eesti Vabariigis maksavad praegu veel vanad Vene seadused, aga ka uus 1903 aasta Ugolovnoje Uloshenie, oma suuremas osas. Arvatavasti saab ta varsti täielikult maksma pandud ja sellepärast on meile arstidele tähtis teada, kuivõrd täielikud ja otstarbekohased need seadused siin käsitatavates küsimustes on. Ja kas ei ole tarvilik neid mõnes asjas, teiste Lääne riikide seadustega võrreldes, vormiliselt muuta ehk täiendada.

Võrdluseks toon siin Austria 1912 aasta nuhtlus-seaduse projekti, mis mitmeaastase põhjaliku teadusliku järelkaalumise vili on, ja milles kompromiss vastolus seisvate teaduslikkude vaadete vahel on leitud.

Kui meie 1903 a. „Ugolovnoe Uloshenie't" ja Austria 1912 a. seaduse projekti võrdleme, siis näeme, et ühte ainet võib mitmet moodi käsitada:

Ug. Ul. § 280 järel langeb karistuse alla: 1) kes avalikult sõnade või tegudega kõlbluse tunnet rikub, ja 2) kui see tegu kiimalises ehk teisi võrgutavas teos ennast avaldas. Viimasel juhtumisel on karistus valjem.

§ 283 Austria seaduse projektis, p. 1, on öeldud: kes avalikult teoga ehk kõnedega koosolekul ehk rahva hulga ees, olukordadel kus tema kõne või tegu häbitunnet rikkuda võiks, kõlblustunnet rikub, saab karistatud. Karis-

tust nähtakse ette ainult sel korral, kui päältnägijate või kuulajate häbitunne on haavatud, mitte aga sel korral, kui juuresolijate kõlblustunne ja maitse juba rikutud ja oletada võib, et see tegu või kõne kellegi juuresolija häbitunnet enam rikkuda ei või.

Ug. Ul. § 281 kõneleb neist, kes kõlblusvastaseid teoseid või kujutusi pakuvad, müüvad, avalikult välja panevad või muidu laiali laotavad, eriti juhtumistest, kui seda üks kaupmees või ajakirja toimetaja teeb.

Austria seaduse § 283, p. 2, järele on niisuguse kõlblusvastase teose laialilaotamise mõttes valmistamine, tellimine, alalhoidmine ja kuulutamine ka karistatavad.

Sellesama paragrahvi p. 3 on eraldi ette nähtud juhtumine, kui kõlblusvastast pilti, kirja või plastilist kujutust ühele alaealisele, alla 18 a. vana, pakutakse ja sel korral on karistus rängem.

Eksiteele viimist ja sugulist läbikäimist alaealistega niisama ka ebaloomulist sugulist läbikäimist käsitavad Ug. Ul. §§ 513—523, kusjuures vahet tehtakse kiimalise teo („непотребное дѣйствіе") ja sugulise läbikäimise vahel. Kiimalised teod (§§ 513—515) lastega alla 14 a. ja alaealistega kuni 16 aastani on karistatavad, kuna kiimalised teod naisterahvastega üle 16 a. ainult siis karistatavad on kui need naisterahva tahtmise vastu sündisid. Raskemal määral karistatavad on kiimalised teod naisterahvaga 1) kui see naisterahvas teo kordasaatja meelevalla all või hoolealune, 2) kui see vägivaldselt või ähvarduste abil läbi viiakse ja 3) kui need teod naisterahva süütust puudutavad, kuigi ilma lihaliku kokkupuutumiseta. — Suguline läbikäimine võrgutamise abil neiuga neljateistkümnest kuni kahekümneühe aastani on karistatav (§ 517). Järgmised paragrahvid (§§ 518—519) käsitavad sugulist läbikäimist sugulastega. — Suguline ühendus ja ka katse selleks alaealistega 14—16 aastani, nende tahtmisega või tahtmise vastu, nõrgameelsetega, meelemärkuseta olekus olijatega, ehk vastupanekuvõimetutega, niisama ka abita oleku ärakasutamine selleks otstarbeks on rängemalt karistatavad (§§ 520—521). — Suguline läbikäimine lastega alla 14 aastat ehk isikuga ähvarduste abil ehk selleks otstarbeks meelemärkuseta olekusse viidud isikuga karistatakse sunnitööga; kui see sugulasega või meelevalla- ehk hoolealusega sünnib, on karistus veel kõvem. (§§ 522—523).

Austria seadusprojektis käsitavad §§ 264—266 kiimalisi kuritarvitusi alaealiste vastu.

§ 274 käsitab 1) sugulist läbikäimist puutumata, alla 16 a. vana neiuga, 2) puutumata neiuga naiseksvõtmise meelituse abil ja 3) oma hoolealuse naisterahvaga; need teod on karistatavad, kui kannatada saanu seda nõuab. Katse ei ole mitte karistatav.

Sobitamisest (Kuppelei) kõnelevad Ug. Ul. §§ 524 ja 526 ja Austria seaduse projekti §§ 275—276, kusjuures Vene seaduses alla 21 aastase ja Austria seaduses alla 20 aastase naisterahva sobitamine, niisama ka alaealiste, hoolealuste, oma naise, tütre ja majanduslistel või muul põhjustel rippuvate isikute sobitamine karistatav on. Karistus on märksa raskem, kui seda ähvarduse abil toimetatakse. Austria seaduses kõvendab karistust veel asjaolu, kui sobitamine ainelise kasu pärast sünnib.

Ug. Ul. § 525 karistab vanemaid, eestkostjaid ja hooldajaid, kes alaealise, alla 17 aastase ulaelu ei takista.

Naesterahvastega kauplemist käsitab Ug. Ul. § 526 p. 2, kusjuures silmas peetakse, et naisterahva väljamaale toimetamine kutselise ulaelu otstarbeks, vägivalla, ähvardamise, pettuse või abita oleku ärakasutamise kaudu sünnib, kuna § 280 Austria seaduses see asjaolu üksi juba karistusväärilise on, kui naisterahvast tema oma teadmisel kutselise ulaelu otstarbeks väljamaale toimetatakse. Vene seaduse järele on ka katse karistatav. Austria seaduse (§ 281) järele karistatakse ka neid, kes kaudselt naisterahvastega kauplemisest osa võtavad.

Kutselisele ulaelule kaasaaitajatest kõneleb § 527 Ug. Ul., kusjuures 1) karistatakse neid isikuid, kes kutseliselt omale ainelist kasu muretsevad prostitueerivate naisterahvaste elukutsest saadud rahast, kui see naisterahvas temast oleneb, ehk kui selle naisterahva abitu olekut selleks kasutatakse; 2) kes elukutseliselt, ainelise kasu pärast, naisterahvaid bordellidesse kutselise ulaelu otstarbeks muretseb. § 529 keelab naisterahvaid alla 21 a. bordellidesse vastu võtmast. Sellesama paragrahvi p. 2 järele karistatakse neid, kes kutselist ulaelu elavat naisterahvast bordellis kinni peavad, kui tema soovi on avaldanud kutselist ulaelu maha jätta.

Austria seaduses (§ 282) on karistatav ulaelu elava naisterahva „armuke" (Zuhälter), keda korduvatel juhtumistel rängem karistus ootab. Seesama seadus on maksev ka avaliku naesterahva mehe kohta. § 279 karistab kutselise ulaelusse viimise kaasaitamist ja kutselise ulaelu järeljätmise takistamist.

Ug. Ul. § 528 karistab neid, kes kutselise ulaelu ja tema halbade tagajärgede ärahoidmiseks väljaantud määrusi ei täida.

Austria seaduses § 277 on öeldud, et ulaelu, avalikkude naisterahvaste pidamine ja nende äri võimaldamine korraldatakse politsei eeskirjade läbi. § 278 lubab kutselise ulaelu vahetalitust ainult avalikkudele naisterahvastele ulualuse andmise või nende pidamise näol, kuna muud võimalused ränga karistuse alla langevad.

Külgehakkavate haiguste laialilagunemise vastu on sihitud Ug. Ul. §§ 206—207, kus see karistuse alla langeb, kes kohustatud olles haigust teatama, seda ei tee, niisama ka see, kes haiguste vastu antud sunduslikkude määruste vastu eksib.

Suguhaiguste kohta käib Vene seaduses Ul. o Nak. § 854, mis karistab seda, kes oma külgehakkavat haigust teades, midagi ette võtab, mis võimaldab haiguse edasiandmist. Pääle selle on ta kohustatud haigeksjäänud isikule arstimise kulud tasuma. Kui edasiantud haigus parandamata tagajärgi jätab, ehk surmaga lõpeb, siis on karistus märksa karmim.

Austria seaduse § 304, keelab suguhaigele endale sugulise läbikäimise ja ühtlasi niisuguse suguhaigega sugulise läbikäimise ka teisele isikule ära.

§ 208 Ug. Ul. karistab külgehakkavas haiguses amme ehk lapsehoidjat oma tõbe varjamise eest, kuna Austria seaduse § 304 p. 3 siifilisehaigele ammele keelab tervet last toita ja ühtlasi ka siifilisehaige lapse juurde tervet amme võtta.

Rootsimaal, kus abolitsionistlised nõudmised kõige viimati läbi viidi, ei ole suguhaiguste laialilagunemise vastu võitlemiseks 1918 a. väljaantud seaduses („lex Veneris") prostitutsioon ja temaga kaasaskäivad haigused mitte eraldatud, vaid käivad selle üleüldise seaduse alla. Seaduses on haiguse ja tema hallika kindlakstegemine, ravitsemine, ning laialilaotamise takistamine

üksikasjaliselt ette nähtud ja ühtlasi kaotab see seadus ka lõbunaisterahvaste registreerimise. (Lisa: seaduse tekst saksakeelses tõlkes.)

Saksamaa suguhaiguste vastu võitlemise seaduse kavand seisab koos 7-st paragrahvist.

§ 1 määrab suguhaigused ära. § 2 keelab suguhaigele ehk selles kahtlasele sugulise ühenduse, kusjuures vastutusele ainult kahjusaaja nõudmisel võetakse. § 3 keelab arstidele niisugustel kordadel suguhaigete ravitsemise kui nad haiget ise näinud ei ole (Fernbehandlung), kuna mitte-arstidele on keelatud igasugune kutseline haigete ravitsemine ja isegi kaudsel viisil selle kuulutamine. § 4 keelab suguhaiguste rohtusid ja abinõusid kuulutada või avalikult välja panna. Lubatud on niisuguste abinõude pakkumine ainult arstidele, apteekritele ja nendele, kellel seaduse poolt lubatud on niisuguste abinõude ja rohtudega kaubelda. § 5 ja 6 käsitavad avalikkude naisterahvaste politseiarstlist järelvaatust ja korteriolusid. § 7 keelab suguhaigele ammele ehk teisele naisterahvale võõrast last imetada ja siifilisehaiget last võõra naisterahva poolt imetada lasta, ning suguhaiget last võõrastele kasvatada anda, ilma kasuvanematele sellest teatamata. Lubatud on siifilise haiget last siifilisehaige naisterahva poolt imetada lasta.

Eraldi prostitutsiooni korraldamiseks ja temaga kaasaskäivate haiguste takistamiseks on Saksamaal suguhaiguste vastu võitlemise seaduse juurde lisatud juhtnöörid, koosseisvad 18 punktist:

P. 1 kõneleb kutselist ulaelu elavate naisterahvaste arstlisest järelvaatuse korraldusest, kusjuures see ametlikkude kui ka politsei poolt lubatud eraarstide juures sündida võib; p. 2 määrab ära, kelle korraldusel ja kulul need järelvaatused sünnivad; p. 3 — missugused järelvaatuse kaardid ja raamatud peavad olema; p. 4 annab näpunäiteid järelvaatajale arstile, mida kontroll kaardi pääle märkima peab; p. 5 kõneleb haigete avalikkude naisterahvaste ravitsemisest; p. 6 nõuab, et haige ennast ravitseja arsti korralduse alla paenutaks ja tarbekorral haigemajasse läheks; p. 7 järgi on politseil luba ametliku arsti poolt järelvaatust nõuda, kui kahtlus tekib, et järelvaatus õieti toimetatud ei ole, või kahtlusalune isik võõrast kontrollraamatut tarvitab või järelvaatuse ajal tarvitanud on; p. 8 keelab avalikkudele naisterahvastele 1) „armukesega“ (Zuhälter) koos väljas käia, teda oma juures pidada ehk temaga üheskoos elada, 2) oma võõrastele alkohoolilisi jooke või sarnaselt mõjuvaid aineid anda ehk anda lasta, 3) võõraste-, seltsi-, söögi- ja kohvimajades teenida ehk neis majades ehk nende omanikkude juures elada. 4) tervise- või keharavitsemist toimetada või ennast selleks avalikult pakkuda; p. 9, 10 ja 11 sisaldavad kitsendusi, mida politsei või kogukonna poolt välja anda võib kutselise ulaelu ajamiseks avalikkudes paikades ja elamiseks teatud uulitsates ja majades; p. 12 keelab avalikkudele naisterahvastele korterit võtta perekondades, kus alaealised alla 18 a. elavad ja alaealistega niisugusied vahekordi luua, mis neid võrgutada võib ja avalikult ennast väljakutsuvalt üleval pidada; p. 13 ja 14 kõnelevad politsei valve alla võtmise korrast ja arstlisest järelvaatusest; p. 15 võimaldab politseile avalikkudele naisterahvastele keelata teatud uulitsatesse ja avalikkudesse paikadesse ilmuda; p. 16 ja 17 kõnelevad politsei valve alt vabastamisest; p. 18 ei luba alaealisi, alla 18 a., valve alla võtta, vaid nõuab, et neid eestkostjate hoole alla antakse.

Kuid nende eelpool toodud reglementaristliste juhtnööride vastandiks

on asjatundjate kommisjon abolitsionistlistele nõudmistele vastu tulles järgmise kavandiga prostitutsiooni järelvalveks esinenud, koosseisva järgmisest 8 punktist: P. 1 keelab kutselist ulaelu elavale isikule ära a) haiguse korral suguliselt läbi käia; b) koolialiste lastega perekonnas korterit võtta; c) lähemat ühendust alaealistega pidada; d) „armukesena" (Zuhälter) tuntud isikuga läbi käia; e) sellekohaste ametiasutuste poolt keelatud kohtades äri ajada; f) avalikult kõlblusetunnet rikkuval viisil äri ajada; g) võõraste- ja söögimajades elada; h) keha- või tervise ravitsemist toimetada ehk selleks ennast pakkuda; p. 2 kohustab: a) sellekohaste tervishoiu asutuste poolt väljakuulutatud kaitseabinõusid tarvitama; b) haiguse korral ja kestvusel sellekohase asutuse järelvalve ja eraldamise korraldusi täitma; p. 3 keelab ära ulaelu otstarbeks ruumide väljaüürijale a) neis ruumides ehk kõrvalruumides alaealisi elada lubada; b) säälsamas „armukesi" sallida; c) säälsamas alkohoolilisi jooke müüa; d) ulaelu elavate ja nende võõrastega teistes vahekordades seista, kui üürilepingu põhjal; p. 4 määrab ära, et ulaelu otstarbeks ruumide väljaüürija peab neis ruumides kõiki sellekohaseid tervishoiu asutuse eeskirju tõbede ärahoidmiseks täitma; p. 5: kaugeleminevamaid kitsendusi, kui eelpooltoodud punktides, ei tohi pääle panna, iseäranis ulaelu elava isiku ja selleks otstarbeks väljaantavate ruumide omadust ei tohi politseiliselt ära määrata; ulaelu elavatele isikutele ei tohi mingisugust dokumenti arstlise järelvaatuse tagajärgedest kätte anda; p. 6: rahvarikkamates kohtades asutatakse nende määruste täitmise järelvalveks iseäralised ametikohad; ka võib haiguskahtlaste isikute järelvalve ja ulaelu elavate isikute ravitsemine sellekohase ametiasutuse poolt eraarstidele lubatud saada; p. 7: ulaelu elavate isikute järelvalveasutuste juurde peab pääste- ja hoolekande töödega vilunud naisterahvaid ametisse võtma; ka peavad need asutused hoolekande-, sotsiaalkinnituse- ja korteri asutustega alalises ühenduses seisma; p. 8: alaealiste ulaelu elavate isikute äramahutamiseks peab iga liitriik (Bundesstaat) tarbekohaseid abinõusid tarvitusele võtma.

Venemaal said 25. XII. 1909 Ug. Ul. (1903 a.) sobitamise ja naisterahvaste kauplemise kohta käivad paragrahvid maksma pandud. Prostitutsiooni korraldamiseks oli maksev siseministri poolt 8. X. 1903 a. väljakuulutatud määrus, mille järele prostitutsiooni järelvalve 1) politsei-arstlise komitee kätte anti, mis kohaliku politsei juures asus, ehk 2) arstlised ja politseilised funktsioonid lahutati, milledest esimene omavalitsuse asutusele allus, kuna viimane politsei alla käis. Kuberneri otsustada oli, kumb nendest prostitutsiooni korraldusviisist teatud linnale kohasem oleks.

Peeterburis 1910 a. naisterahvastega kauplemise vastu võitlemiseks peetud kongressil võeti vastu abolitsionistliline otsus, kus nõuti prostitutsiooni politsei-arstlise järelvalve ärakaotamist ja protesteeriti selle vastu, et tervishoiu otstarbeks avalikkude naisterahvaste üle eraldi valvatakse. Kongressi märgukiri jäeti tähelepanemata, sest leiti, et Venemaal ühiskond veel nii kaugele arenenud ei olnud, et prostitutsiooni valvet kõrvale heita võiks.

Meil Eestis on maksvate Vene seaduste täiendamiseks Tervishoiu Peavalitsuse poolt 15. III. 1921 a. sunduslik määrus prostitutsiooni ja sellega kaasaskäivate suguhaiguste vastu võitlemiseks välja antud, mis seisab koos 15 paragrahvist:

§ 1. Kõik isikud, kelle korterites lõbunaisterahvad elavad ehk elama

asuvad, on kohustatud sellest 48 tunni jooksul teatama maakonnas — kohalikule maakonna tervishoiu-osakonnale, linnas — kohalikule linna tervishoiu-osakonnale. — § 2. Lõbunaisterahvad võivad ainult neis ruumides oma äri ajada, mis on tervishoiu-osakonna poolt registreeritud ja nõuete kohaselt sisse seatud. — § 3. Korteripidaja ei tohi ühtegi survet avaldada lõbunaisterahva pääle, samuti ka tema vahekorra pääle vastuvõetavate meesvõõrastega, ega sellest omale liigkasu püüda. — 4. Lõbunaisterahva ärasõidu kui ka elukoha muutmise korral peab korteripidaja vastavale tervishoiu-osakonnale sellest 24 tunni jooksul teatama. — § 5. Kõik prostitutsioonist elutsevad naisterahvad peavad tervishoiu-osakonna arsti poolt määratud päevadel määratud kohas tarvilisel arstlisel järelvaatusel käima. (Märkus: Haiguse ehk mu takistava juhtumise korral peab lõbunaisterahvas ehk tema korteriomanik tervishoiu-osakonna arstile sellest 24 tunni jooksul teatama.) — § 6. Tervishoiu-osakonna sellekohastel ametnikkudel ja tervishoiu politseil on õigus kõigilt kahtlastelt naisterahvastelt tervise tunnistust ja lähemaid teateid nende isiku, elukoha ja elukutse üle nõuda. (Märk. 1: Kahtlasteks loetakse seesuguseid naisterahvaid, kelle pääle tervishoiu-osakonnale põhjendatud ehk usaldusväärilisi kaebtusi on tulnud, ehk kes avalikkudes kohtades oma ülespidamisega kõlblustunnet lausa rikuvad. Märk. 2: Usaldusväärilisteks loetakse ainult niisugused kaebtused, kus kaebaja oma nime ja aadressi õieti üles annud ja kus tõeolusid ette tuuakse. Kaebaja soovil hoitakse tema nimi saladuses). — § 7. Kui § 6 nimetatud kahtlasel isikul terwise-tunnistust ette näidata ei ole, peab tema 24 tunni jooksul nõutava tunnistuse muretsema. (Märk. 1: Terwise tunnistusi annab vastava tervishoiu-osakonna arst maksuta välja. Tervishoiu-osakonna loaga on ka eraarstidel õigus seesuguseid tunnistusi välja anda. Märk. 2: Kui Tervishoiu-osakonna sellekohase ametniku ehk tervishoiu-politsei poolt arsti juurde saadetud kahtlane isik suguhaige on, peab arst sellest 24 tunni jooksul tervishoiu-osakonnale teatama. Märk. 3: Nimetatud korralduse mõttes on suguhaigused järgmised: tripper, siifilis ja pehme shanker, selle pääle vaatamata, missuguses kehaosas haigus ennast avaldab). — § 8. Mees- ja naissuguhaigeid, kellest haiguse edasilaotamist karta, ravitsetakse sunduslikult, neid vastavatesse haigemajadesse paigutades. — § 9. Tervishoiu-osakonna loaga võivad § 6 nimetatud kahtlased naisterahvad, kui nemad suguhaiged on, ennast ka nende eraarstide juures ravitseda, kellel selleks tervishoiu-osakonna luba, kuid peavad määratud tähtaegadel ravitseva arsti poolt tervishoiu-osakonnale oma arstimise kohta tõendusi tooma. — § 10. Isikul, kes põeb suguhaigust külgehakkavas järgus, on teise isikuga suguliselt läbikäimine keelatud. — § 11. Kui isik, kes edasilaotamise hädaohuga ühenduses olevat suguhaigust põeb, arstlikult läbi vaadatakse ehk ravitsetakse, on arst kohustatud haige tähelpanu juhtima haiguse laialilaotamise võimaluste, nende viisi kui ka § 10 tähendatud keelu pääle. — § 12. Lõbunaisterahvaste meestel ja armukestel on keelatud lõbunaisterahvaste kohta käivate tervishoiu-osakonna korralduste elluviimisi takistada. — § 13. Selle määruse vastu eksimisi kui ka sundusliku ravitsemise eest kõrvalepuiklemist, haigemajast omavoliliselt lahkumist ehk haigemajast koju lubamise korral mitte õigeks ajaks tagasiilmumist karistatakse Rahuk. n-s. § 29 põhjal. — § 14. Määruse elluviimise ja selle täitmise järele valvamine pannakse tervishoiu-osakondade ja nendele alluvate asutuste pääle. — § 15. Selle määruse avaldamisega kaotab maksvuse „Riigi Teatajas“ nr. 75/76 —

1920 a. avaldatud „Sunduslik määrus prostitutsiooni ja sellega kaasaskäivate suguhaiguste vastu võitlemiseks Tallinnas".

See määrus on kokkukõlas 1903 a. määrusega, sest temas jaotatakse prostitutsiooni valvet, kohalikke olusid silmas pidades tervishoiu-osakonna ja politsei vahel. Selle määruse paragrahvid ei korralda mitte üksi prostitutsiooni järelvalvet, vaid §§ 8 ja 10 on üleüldiselt suguhaiguste vastu võitlemiseks määratud, kuna § 11 rawitsevale arstile sunduslik on. § 12 nimetab otsekohe lõbunaisterahva armukesi ja mehi. Soovitav oleks, et meil ka eraldi seaduse projekt sugulisel alal eksimiste ja suguhaiguste vastu võitlemiseks välja töötataks, ning seadusandlisel teel maksma pannakse, sest praeguste määruste vastu eksimist karistatakse mõnel korral Rahuk. n-s. § 29 järele liig kergelt. Kohtuministri seletuse järele võib praegu nende määruste vastu eksijaid administratiiv-politseiliselt rahatrahviga karistada, nagu teisigi sunduslikkude tervishoidliste määruste vastu eksimisi.

Minu ettepanek oleks, kuni uue korralduse loomiseni, Saksamaa asjatundjate komisjoni poolt väljatöötatud prostitutsiooni järelvalve põhimõtetest punkt 1, e ja f ja punkt 5 praegu meil maksvale prostitutsiooni korraldusele juurde lisada ja nimelt järgmiselt: 1) politseil on õigus lõbunaisterahvastele ära keelata teatud avalikkudes paikades oma äri ajada; niisuguste paikade nimekiri antakse igale lõbunaisterahvale kohaliku tervishoiu osakonna kaudu teada; 2) Lõuunaisterahvastel on keelatud uulitsatel ja avalikkudes paikades avalikult kõlblustunnet rikkuval viisil äri ajada; 3) kaugeleminevamaid kitsendusi, kui see R. T. № 18, 1921 a., ühes nende lisandustega, väljakuulutatud „määrustes prostitutsiooni ja sellega kaasaskäivate suguhaiguste vastu võitlemiseks" on välja antud, ei tohi pääle panna, — iseäranis ei tohi politseiliselt ära määrata prostitueeriva isiku või prostitutsiooniks väljaüüritavate ruumide omadust. Ulaelu elavatele naisterahvastele ei tohi mingisugust dokumenti ametliku arstlise järelvaatuse tagajärgedest kätte anda.

Lisa: 1) Saksamaa: Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 2) Rootsimaa: Gesetz, betr. Massnahmen gegen die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten vom 20. VI. 1918 (Svensk Författningssammling. S. 913). — Saksamaa: Grundssätze, gedacht als eine Bundesratsverordnung zur Überwachung der Prostitution. 4) Vene ja Austria seadused.

*

57) Dr. med. E. Terrepson-Dorpat: **Die Möglichkeiten der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.**

Wie vielfach in der Ehe, so wird insbesondere ausserhalb derselben, der Sinn der geschlechtlichen Betätigung verdreht, indem der Sinnenrausch zur Hauptsache, die Erzeugung dagegen zur Nebensache gemacht wird. Diese Anschauung ist es, die die Prostitution ins Leben gerufen hat und sie erhält. So ist die Prostitution ein soziales Übel geworden und darf vom Staate und der Gesellschaft nicht übersehen werden. — Die Schädigungen, die sie mit sich bringt, sind Verwilderung der Sitten, falsche, das Weib unterschätzende und herabwürdigende Anschauungen, materielle und seelische Verluste und vor allem körperliche, bestehend in Vergeudung der Geschlechtskraft und der Erwerbung von Geschlechtskrankheiten. Als ein die Existenz der Prostitution förderndes Moment führe ich noch den Alkoholgenuss an, der die sexuellen Annäherungsversuche durchaus begünstigt und auslöst.

Geschlechtstrieb, Prostitution und Alkoholgenuss bilden ein Dreigestirn, das seit uralter Zeit das Menschengeschlecht durch alle Zeiten hindurch begleitet.

Was kann nun zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten geschehen?

Wenn das Haus in Brand geraten ist, denkt jeder zuerst ans Löschen. Daher müssen in erster Linie die Geschlechtskrankheiten geheilt werden, wobei besonders die Unbemittelten zu berücksichtigen sind. Diesem Standpunkte wird im weitesten Sinne des Wortes die „Allgemeine Krankenkasse" gerecht, nicht aber der Staat, der wohl kostenlos die Syphilitiker, nicht aber die etwa 75 % aller Geschlechtsleiden ausmachenden Gonorrhoiker berücksichtigt, die selbst zahlen müssen. Wir verlangen eine staatliche Behandlung aller Geschlechtsleidenden, wenn sie unbemittelt sind und zwar in diskreter und unauffälliger Weise.

Was die ärztlichen Kontrollpunkte anbetrifft, so ist für die Anstellung von qualifizierten Aerzten daselbst zu plaidieren. Die Syphilisbehandlung der Prostituierten müsste eine chronisch-intermittierende nach Fournier werden. Nebenbei müsste aber vonseiten der Aerzte in ihren Kabinetten die persönliche Prophylaxe mehr propagiert werden.

Dass, was eben angeführt worden ist, nimmt den Kampf aber erst post festum auf und hat seine Gültigkeit für diejenigen, die gelitten haben. Wir sollen aber auch für die Gesunden und die Kommenden sorgen. Hier nun handelt es sich darum, die Anschauungen über den Geschlechtsverkehr auf biologische und darauf fussende ethische Grundlagen zu stellen und diese Anschauungen dem Publikum durch Vorträge und Presse näher zu bringen. Eine Institution, die dieses Ziel am zweckmässigsten pflegen könnte, wäre eine zu gründende Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Eng zusammenhängend mit der Tätigkeit der Presse wäre auch die Anregung der Familienvorstände bei Eheabschlüssen für die Kontrahenten Gesundheitsatteste zu verlangen und den heranwachsenden Ehestandskandidaten es immer und immer wieder einzuprägen, dass weder Stand noch Bildung oder Herkommen für die Ehe und eine kommende Generation so wichtig sind wie gerade die Gesundheit der Eltern. Wenn solche Forderungen in den Familien gestellt würden, würde so mancher Freier sich garnicht in die Gefahr begeben ein Gesundheitsattest beibringen zu müssen, bevor er nicht endgültig geheilt ist. In dieser Weise könnte viel Unheil verhütet werden, bevor der Staat offiziell ein Gesetz über Gesundheitsatteste geschaffen hat.

Das waren die Möglichkeiten, die ich in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für bedingt möglich halte, wogegen alle Strafen und Verängstigungen ihr Ziel nicht erreichen können. Sobald erst ein offenes Behandeln der ernsten geschlechtlichen Dinge möglich gemacht ist, dann erst kann ein jeder sich schützen, weil er die Gefahr und alles Einschlägige kennt. Daher auf zu einem offenen Kampf mit den Geschlechtsleiden und fort mit einer jeden Verschleierung geschlechtlicher Tatsachen.

*

58) Drd. med. E. Kengsep: **Gesetzesprojekt zum Kampfe gegen die Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten in Eesti.**

Unser Thema schliesst in sich eine medizinische und eine juridische

Seite. — Die juridische Seite hat die Strafart und das Strafmass zu bearbeiten, und soll nach Erledigung der langwierigen medizinischen Fragen, in einer Sachverständigenkommission, bestehend aus kompetenten Juristen und Ärzten, eingehender formuliert werden. Medizinischerseits ist vor allem wichtig die Ermittelung des Krankheitsheerdes: Erst wenn die Quelle des Übels entdeckt ist, kann die Rede sein von einer erfolgreichen Bekämpfung desselben. Wo sind nun die Quellen der sich auch bei uns nach den Kriegsjahren so enorm ausbreitenden Geschlechtskrankheiten zu suchen und was muss infolgedessen dagegen getan werden? — Darin sind bis jetzt wohl alle einer Meinung, dass der Urquell allen Übels in der Prostitution, der geheimen und der geduldeten zu suchen ist. Gegen die enorme Ausbreitung sollen alte Gesetze abgeschafft und neue zeitgemässe Gesetze ausgearbeitet werden etc. In einem wichtigen Punkte gehen die Ansichten sehr auseinander: in der eventuellen Abschaffung der Reglementierung der Prostitution.

Jedes Volk und jedes Land hat seine eigenen politischen, sozialen und kulturellen Eigenheiten und es ist oft sehr verfehlt soziale Einrichtungen, Sitten, Gesetze oder fremde Kultur etc. eines Volkes und Landes auf andere übertragen zu wollen. Wenn z. B. in England und Deutschland mit anerkannt hoher Kultur die Reglementierung der Prostitution abzuschaffen versucht worden ist, so folgt daraus noch nicht, dass auch wir in Eesti dieses „nach berühmten Mustern" mitmachen sollen. Vorausgesetzt eine gerechte, starke Staatsgewalt kann z. B. bei uns, im kleinen Staate Eesti die geheime, schwerer zu fassende und gerade dadurch so enorm gefährliche Prostitution entschieden sicherer und erfolgreicher aufheben und kontrollieren, als dies z. B. in Berlin, Wien oder London etc. geschehen kann; wir würden in Eesti einen grossen Schritt voraus sein im Kampf gegen die Ausbreitung der Syphilis, wenn eine strenge Staatsgewalt, so rasch als möglich, eine Gesetzesvorlage durchführt, die in kürzester Grundform verlangt: a) Zwangsbehandlung jeder venerisch kranken Person, b) Sanierung und Reglementierung der Prostitution.

Obige Grundgedanken sollten nun in kürzester Zeit Gesetzeskraft erhalten, denn mit jedem Tage der Verzögerung werden wir der unbehinderten Ausbreitung der Syphilis Vorschub leisten. Dabei könnten wir uns halten an die Beschlüsse der Preussischen Landesversammlung und die der Sachverständigen-Kommission der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (D. G. B. G.) das berücksichtigend, was unseren Verhältnissen zweckmässig ist.

Die deutsche neue Gesetzesvorlage will die Reglementierung der Prostitution aufgehoben wissen durch Ersatzreformen und zählt zuerst verschiedene Pflichten auf: Behandlungspflichten, Anzeigepflichten, Belehrungspflichten und dann weiter in näherer Motivierung Behandlungszwang, Untersuchungszwang, Attestzwang. Gewisse „Pflichten" werden auch bei uns die Ärzte zu übernehmen haben. Der Ausdruck „Zwang" wäre bei den Kranken anzuwenden. Denn gezwungen durch die traurige Tatsache venerisch krank zu sein — und aus Furcht vor der nackten Not und dem drohenden zukünftigen Elend, nicht aus „Pflicht" kommt meistenteils bei uns der Infizierte in die Sprechstunde.

Es wäre demnach bei uns einzuführen:

1) Der Behandlungszwang für jede Person, die krank befunden

wird, freigestellt ob bei Privatärzten oder in speziellen Krankenanstalten — unentgeltlich für weniger Bemittelte (auf Kosten der Krankenkassen, der Stadt oder der Landschaft).

2) Untersuchungszwang bei Krankheitsverdacht nach sogen. „Stichproben", d. h. Aufgegriffenwerden auf Strassen, in Hôtels, Chambres séparées, Badestuben etc., wobei aber das Recht ein Attestat über den gegenwärtigen Gesundheitszustand vorzuweisen, bestehen soll. Ein bedingter Untersuchungszwang für alle Familienglieder oder Miteinwohner soll auch bestehen in den Fällen, wo der Arzt eine eingehende Anamnese festgestellt hat bei Patienten, die eventuell ihre Krankheit ihrer Umgebung schon weiter gegeben haben könnten. — Weitere Ausarbeitung dieser Frage soll in Kommissionen geschehen.

3) Dauerüberwachungszwang für Kranke und Verdächtige (wieder eine Kommissionsfrage für spätere Zeit).

Mit dem einzuführenden Behandlungszwang haben die Ärzte „Pflichten" zu übernehmen:

4) Die bedingte Anzeigepflicht, wenn eine Person, die krank ist, sich ohne triftige Gründe der Behandlung entzieht, ausser wenn er den Nachweis bringt, dass er sich in andere ärztliche Behandlung begeben hat. — Dieser Gesetzespunkt trifft also am empfindlichsten die gefährlichste, leider die allergrösste Klasse der Geschlechtskranken, die sich nur so lange behandeln lassen, solange die noch sichtbaren Hauterscheinungen oder die Schleimhauteffloreszenzen im Munde und Rachen bestehen. Diese bedingte Anzeigepflicht wird sicher grosse Erfolge haben; aus Furcht allein schon vor einem eventuellen Bekanntwerden seiner Krankheit mit einer sich eventuell daran schliessenden Bestrafung wird die Zahl der sich zu früh aus der Behandlung Entziehenden entschieden enorm verkleinern, mit der Zeit vielleicht ganz aufhören.

Weiter soll der Arzt das Recht und die Pflicht haben, Kranke anzuzeigen, wenn er Beweise hat, dass der Patient im ansteckenden Stadium die Krankheit weiterverbreitet durch geschlechtlichen Verkehr, oder durch seine Berufstätigkeit (Koch, Magd, Amme, Soldat).

5) Die Belehrungspflicht in teilnehmender, geduldiger, stets individualisierender Form von seiten eines erfahrenen Arztes, wird mehr, wie jeder andere Modus auf Erfolg rechnen können und jede andere, des Kranken Geheimnis mehr oder weniger blossstellende, umständige Einrichtung, wie z. B. die unzweckmässigen „Beratungsstellen" überflüssig machen. Der behandelnde Arzt hat den Patienten, nach Vorweis seines Personalausweises, in ein spezielles Krankenjournal einzutragen, ihm dann eine gedruckte Belehrungskarte einzuhändigen und kurze Ergänzungserklärungen zu geben und auf die Strafart (nach ev. bedingter Anzeige) extra hinzuweisen. Solche Belehrungskarten habe ich in Wien und Berlin gesehen. Da nur ein geringer Teil der Kranken ($^1/_4$ bei den arbeitenden Klassen, die Hälfte bei den sogen. höheren Ständen) sich völlig ausheilen lässt, während eine grosse Schar von überhaupt nicht, oder nur ganz ungenügend Geheilten als gefährliche Ansteckungsherde zur Verbreitung der Seuche beiträgt (Kaufmann), so legt dieses dem Arzt weiter auf:

6) die Pflicht, die Infektionsquellen möglichst genau festzustellen, was leider oft sehr schwierig ist und

7) die Pflicht, die Ansteckungsherde, wenn sie sicher festgestellt werden, anzuzeigen (an die Medizinalbehörde).

Die bei uns eben existierende, zu statistischen Zwecken dienende Meldungskarte für Geschlechtskrankheiten, steht doch so, wie sie eben gehandhabt wird, auf sehr schwachen Füssen. Eine Person kann ja von verschiedenen Ärzten mehrfach zur Anmeldung kommen etc. Dagegen durch Einführung des Behandlungszwanges und durch die oben angeführten Pflichterfüllungen vonseiten des Arztes, wird auch unsere Anmeldestatistik an Realität enorm gewinnen, mehr Anspruch auf Berücksichtigung und Verwertung erheben dürfen.

Die Beschlüsse der Sachverständigen-Kommission (D. G. B. G.) in Deutschland (1919/1920) haben zum Kampf gegen die Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten gewisse Strafbarkeitsbedingungen, Verbote und Behandlungsvorschriften eingeführt, die auch bei uns von Bedeutung wären:

a) Strafbarkeit der anstandsverletzenden Anpreisung von Schutzmitteln (Kondome etc.); b) Strafbarkeit der Kurpfuscherbehandlung, c) Strafbarkeit der künstlichen Fruchtabtreibung durch Hebammen etc. (Diese ganz unglaublich umsichgegriffenen Fruchtabtreibungen haben bereits einen gewerblichen Charakter angenommen und zu einer bemerkenswerten Dezimierung der natürlichen Geburten geführt und darum muss der Staat, in kürzester Zeit die energischsten Massregeln dagegen im eigenen Interesse ergreifen); d, e) Strafbarkeit der Fernbehandlung und des unlauteren Annoncierens (letzteres hat auch bei uns um sich gegriffen und da diese Frage zugleich auch eine interne ärztliche Standesfrage von grosser Bedeutung ist, so sollten die bestehenden Aerztevereine in dieser Frage nähere Bestimmungen fassen — z. B., wann darf ein Arzt annoncieren, wie viele Mal, in welcher Form, wann darf er sich als „Spezialist" anbieten, darf ein Arzt überhaupt „606" oder „Wassermann" anbieten etc.); f) Strafbarkeit der Kuppelei; g) Strafbarkeit der Verletzung des öffentlichen Anstandes.

Bevor wir auf die Prostitutionsfrage weiter eingehen, sei hingewiesen auf eine Menge von Widersprüchen in der Reglementierungsfrage, in den Beschlüssen der D. G. B. G. Von der alten Reglementierung der Prostitution geht man über zur „Neo-Reglementierung", man spricht von „Ersatzreglementierung", man schafft die leichter zu kontrollierenden Bordelle ab, gestattet aber, wenn gewisse sanitäre Bedingungen eingehalten werden „Kupplerwirtschaften" und s. g. „Absteigequartiere". Man schafft die alte, allerdings bis jetzt sehr mangelhaft ausgeführte Präventivuntersuchung ab und führt „Ersatz" ein durch sogen. „Stichproben" (Aufgreifen und Zwingen zur Untersuchung von Personen die „dringend" im Verdacht stehen geschlechtskrank zu sein) und stellt sie eventuell unter Dauеruntersuchungszwang, welches letztere doch wieder ein „Einschreiben", d. h. Registrieren, Reglementieren verlangt etc. Ich möchte fragen, ob die Abolitionisten es für zweckmässiger halten, wenn eine Person durch „Stichproben" in mehr oder weniger öffentlich-kompromittierender Form aufgegriffen und untersucht werden muss, ganz abgesehen, davon, dass auch Fehlgriffe nicht ausgeschlossen sind — als wenn sie diskret freundlich und schonend in der konzessionierten Reglementierung untersucht wird und in Krankheitsfällen rascher und deshalb zweckmässiger der Möglichkeit entzogen wird, andere anzustecken? Die Zukunft wird in dieser

Frage entscheiden. — Für ideale Theorien von Freiheit und Gleichheit ist kein Platz in dieser ernsten Frage: hier sollen reale Erfahrungen aus der Praxis die Richtschnur geben für die Praxis. Und hier müssen wir uns die Frage stellen: Sollen und können wir in Eesti versuchen die Reglementierung der Prostitution abzuschaffen, ohne unabsehbaren Schaden für die Zukunft? Wohl kaum! Von zwei Übeln ist stets das weniger schädliche zu wählen: Wenn wir mit der Präventivuntersuchung, wie bis jetzt, auch die ganze Prostitution nicht fassen können, so folgt daraus noch nicht, dass im Kampfe gegen das Übel garnichts getan werden soll. — Die Prostitution lässt sich eben nicht abschaffen. Wollte man sie in irgend einer Weise zurückdrängen aus den konzessionierten, relativ leicht zu kontrollierenden Bordellen, so steht es fest, dass sie sich Wege sucht und auch findet — von der Strasse in die Familie. Von der öffentlichen, kontrollierbaren Prostitution kommt es zu der schwer zu kontrollierenden geheimen Prostitution, die entschieden am meisten beiträgt zur Weiterverbreitung von Krankheiten!

Was die speziellen Sanierungsvorschläge anbelangt, so wäre hierzu folgendes zu sagen:

1) Die Präventivuntersuchung soll täglich stattfinden (zweimal wöchentlich ist entschieden eine schwache Massregel). Wieviel mehr „Sanitätsärzte" dazu nötig sein werden, ist ja nach der Stadt und der Zahl der Prostituierten zu bestimmen; 2) Die vitalen und sozialen Interessen der Prostituierten müssen geschützt werden (Kontrollbeamte aus der Fürsorge, spezielle Schwester, Missionsarbeit, Aufklärungsarbeit etc.); 3) Jede krankbefundene Prostituierte soll unentgeltlich in einem speziellen Hospital behandelt werden und aus der Praxis entzogen werden, solange sie ansteckungsfähig ist; 4) Fürsorgeeinrichtungen, Verbesserungsanstalten, Rekonvaleszentenheime sollen gegründet werden; 5) bei günstigem Verlauf der Heilung soll verkürzte Zwangsinternierung von einer Kommission von 2—3 Spezialärzten bestimmt werden; 6) die nichtprostituierten, freiwillig ins Spital eintretenden Kranken sollen nicht mit den Prostituierten zusammen sein oder zusammen untersucht werden; 7) die Krankenkassen haben für weitgehendste freie Behandlung ihrer Mitglieder zu sorgen; 8) vor vollendetem 18. Lebensjahre soll niemand zur Prostituierung zugelassen werden; 9) die Wohnungsverhältnisse in Bordellen und Jahreswohnungen sind zu verbessern und zu kontrollieren; 10) in Familien darf keine Prostituierte wohnen; 11) in allen Städten sollen lokale Sanitätskommissionen — wenigstens aus 3 Ärzten bestehen; 12) nicht zulässig soll sein die Vornahme von Untersuchungen oder Behandlungen spezieller Art in Spitälern oder Untersuchungslokalen durch Feldscher oder Schwester etc. Bei der jetzigen Überproduktion von jungen Ärzten sollen diese herangezogen werden, sie werden dadurch gute Gelegenheit finden zur Erweiterung ihrer Kenntnisse und Existenzmöglichkeit.

Betreffs der geheimen Prostitution:

1) Die geheime Prostitution soll nicht zulässig sein; 2) sie muss bekämpft werden mit allen auf die Prostitution zu beziehenden Massnahmen und Strafen im Kampfe gegen die venerischen Krankheiten; 3) eventuelle zwangsweise Registrierung und Untersuchungszwang nach „Stichproben"; 4) gesetzliche (polizeiliche) und sanitäre Überwachung (gewissermassen Dauerüberwachung); 5) Bestrafungs- und Abschiebungsrecht; 6) Verbot und Bestrafung der Unter-

hälter von Chambres séparées; 7) Verbot jeglicher Art Kuppelwirtschaft und sogen. Absteigequartiere, die doch der „feineren“ geheimen Prostitution Vorschub leisten; 8) Verbot und Bestrafung von Unzucht in Hotels (in Wien sogen. „Stundenhotels“), Badestuben, Bierbuden und Speisehäusern; 9) Verbot und Bestrafung von Verkauf von Alkohol in Bordellen und Badestuben, sowie Schnaps in Bierbuden und Speisehäusern; 10) in Hafenstädten und grossen Militärstationen ärztliche Hilfe und Kontrolle, Personalvergrösserung; 11) bei grösseren Gemeinschaften, Fabriken und Gewerben belehrende (und warnende) Anschläge; 12) Pflicht der Ärzte, den Behörden solche Personen zu bezeichnen, die krank sind und geheime Unzucht treiben.

*

58) Drd. med. Villemi-Tartu: **Eeskuju tähtsus alkoholi ja suguhaiguste vastu võitlemises.** (L'importance de l'exemple dans la lutte contre l'alcoolisme et les maladies vénériennes.)

Suguhaiguste laialilagunemise pääpõhjusena ette tuues alkoholismi, süüdistab ref. valitsust. kes keeluseaduse kaotas ja intelligentsi, kes oma isiklikke huvisid taga ajades, rahva huvide ja saatuse vastu olla ükskõikne. Nõuab demokraatlisi ja karskeid ametnikke, ülikooli õpejõude, kes mõjuksid oma eeskujuga: „Kõige päält tarvis haritlaste juures karskust edendada, teiste juures läheb see siis iseenesestki (?). Alles alkoholismi hävitades võib lootust olla suguhaigustele piiri panna. Referaat ilmunud „Tulev Eesti's“ № 1. 1922 a.

Läbirääkimistel tähendab Kengsep: alkohol ei ole mitte ainukene ja pääpõhjus suguhaiguste laialilagunemisel, vaid pääpõhjus on leida salajas ja avalikus prostitutsioonis. Moraalne ja usklik noorsookasvatus, mille pääle ennast riigi tulevik põhjendab, ühes perekonna ja kooli põhjaliku reformeerimisega saab ka alkoholi-hädaohtu samuti kui suguhaiguste laialilagunemist vähendama.

Üldistel läbirääkimistel soovitab Kengsep ülemaalist eriarsti suguhaiguste vastu võitlemiste korralduseks ametisse panna nagu leepra alal. Oleks tarvilikud kommisjonid, kes üksikutel küsitavatel juhtumistel diagnoosi kindlaks teeksid, sest üksik arst võib eksida.

Mõttus: On tingimata tarvis püüda sinnapoole, et suguhaiged igalpool meie maal võimalust leiaksid oma haiguse kindlakstegemiseks. Selleks ei ole tarvis eriarsti tervishoiu keskvalitsuse juurde, vaid tervishoiu keskkorraldus võib ja peab teostama seda nende põhimõtete järele, mis vastavate eriteadlaste poolt saadud ja tervishoiu nõukogus läbi kaalutud ning hääks kiidetud.

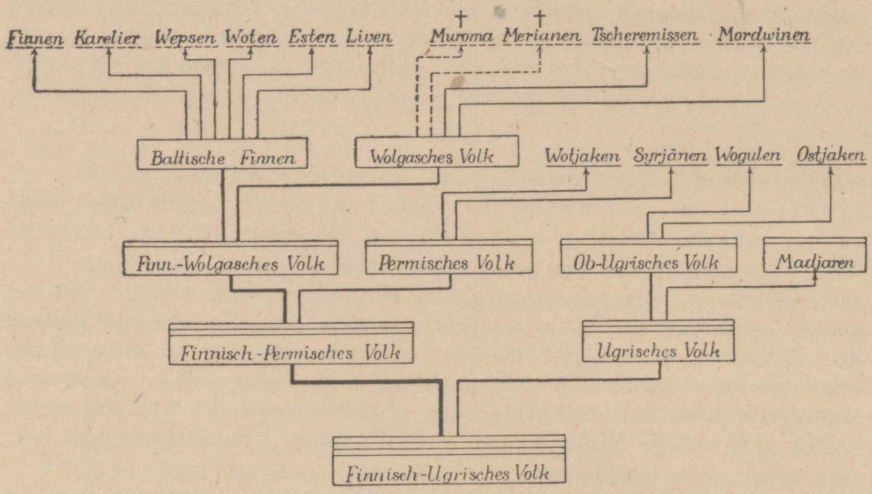
Pääle selle, kui kogu päevakord läbi võetud, lõpetab juhataja koosoleku k. 1,10 min. l. — Resolutsioonide läbiharutamiseks otsustatakse kokku tulla järgmisel päeval kell 10 e. l.

Koosoleku avab kongressi abiesimees Dr. med. J. Luiga. Aujuhatusesse valiti Dr. med. T. Kalima-Turkust (Soome), dotsent Dr. med. J. Jankovski-Riiast ja Leedu sõjaväe tervishoiuvalitsuse esitaja Dr. F. Sližys-Kovnost. Kongressi pääsekretär Dr. med. S. Talvik loeb ette Leedu arstide kongressi toimkonnale saadetud tänu- ja tervitustelegrammi teksti (Prantsuse keeles) ja teatab et „Eesti Arst'i" pääle tellimisi siinsamas vastu võetakse, soovitades rohket osavõtmist sellest ametvendade poolt, rahvuse ja keele pääle vaatamata, niisamuti kui meie ühine häälekandjagi vahesid sellel alal ei tee. Selle järele kantakse ette järgmised 7 eeskavakõnet:

60) Prof. Dr. Yrjö Kajava-Helsinki: **Über anthropologische Eigenschaften der Finnen.**

Es wird angenommen, dass die finnisch-ugrischen Völker vor mehr als 4000 Jahren im jetzigen Russland, etwa vom mittleren Lauf der Wolga bis zum südlichen Teil des Uralgebirges (nicht im Altai in Asien, wie früher vermutet wurde) wohnhaft gewesen sind. Als das Volk sich vermehrte, schieden sich von ihm zuerst die östlichen, die ugrischen Stämme, deren nördlichster Zweig, das Ob-Ugrische Volk, allmählich immer weiter

nordostwärts zog und in die Familien der Wogulen und Ostjaken zerfiel, die sich in ihren heutigen Wohnsitzen in Sibirien, im Tale des Ob niederliessen, wo ihre Kultur nach und nach zurückging. Der südlichste ugrische Zweig, die Magyaren, wanderte anfangs gegen Süden, dann gegen Westen, und erreichte schliesslich das heutige Ungarn.



Mit der vorerwähnten ersten Zerstreuung der finnisch-ugrischen Völker endigte die gemeinsame finnisch-ugrische Periode vor dem Jahre 2500 v. Chr., aber der ursprüngliche innere Zusammenhang der übrigen finnischen Völker, der finnisch-permischen Stämme, blieb noch eine Zeitlang bestehen, indem sie ihre früheren Wohnsitze beibehielten. Von diesem Volksganzen trennten sich zuerst die Permier, die gegen Nordosten ziehend, in zwei Völker, Wotjaken und Syrjänen, zerfielen. — Das an seinem Ursitze zurückgebliebene Volk nennt man nach jener zweiten Trennung das finnisch-wolgische Volk. Von diesem Volk schieden sich nun die baltischen Finnen, die nach Westen zogen, während die sogenannten Wolga-Finnen teils in ihren alten Wohnsitzen verblieben, teils gegen Westen wanderten und sich in zwei noch lebenden Völkern, Mordvinen und Tscheremissen, sowie in die schon früher erloschenen Muroma und Merjanen teilten.

Die baltischen Finnen, die anfangs eine gemeinsame Sprache, das Urfinnische, sprachen, kamen am Gestade der Ostsee in Berührung mit den Goten, die teilweise mit ihnen verschmolzen und ihnen sprachliche Einwirkungen zukommen liessen. Nach und nach zerfielen die baltischen Finnen je nach ihren Wohnsitzen in Liven, Esten, Woten, Wepsen, Karelier und Finnen, und jeder dieser Stämme bildete sich allmählich eine eigene, von den anderen immer mehr und mehr abweichende Mundart.

Die Finnen zogen nach ihren jetzigen Wohngebieten auf der finnischen Halbinsel teils über den Finnischen Meerbusen aus dem heutigen Estland,

teils über den Karelischen Isthmus, indem sie teils die frühere Bevölkerung verdrängten, teils mit ihr verschmolzen. Diese Einwanderung in Finnland hat allmählich, vielleicht im Laufe von mehreren Jahrhunderten, stattgefunden und ist wahrscheinlich in die ersten Jahrhunderte unserer Zeitrechnung zu verlegen.

Was für ein Volk es war, welches Finnland vor der Ankunft der Finnen bewohnte, ist nicht mit Gewissheit bekannt; doch hat man auf Grund von Waffenfunden aus der Steinzeit folgern können, dass sich in Finnland zu jener Zeit zwei Kulturkreise geltend machten: ein westfinnischer, der über Werkzeuge und Waffen von germanischem Typus verfügte und ein süd-ostfinnischer, der in enger Wechselbeziehung zu seinen östlichen Nachbarn stand. Vielleicht handelt es sich hier um zwei Urvölker verschiedenen Ursprungs, deren westliches von den Germanen abstammt. — Wie dem auch sei, eines scheint jedenfalls gewiss, nämlich dass ein grosser Teil des Landes vor der Ankunft der Finnen von Lappen bewohnt gewesen ist, die auch einen Teil von Ost-Karelien und Nordskandinavien bevölkert haben.

In welcher Beziehung die Lappen zu den Finnen gestanden haben, hat noch nicht entschieden werden können. Wegen der Verwandtschaft der Sprachen ist man geneigt gewesen, sie als einen finnischen Volksstamm zu betrachten, aber inbezug auf manche wichtige somatische anthropologische Merkmale, wie das Körpermass, die Haar- und Augenfarbe und namentlich gewisse Eigenschaften der Zähne und des Schädels, die in letzter Zeit in der Lappenschädelsammlung der Universität Helsingfors näher untersucht worden sind, unterscheiden sie sich wesentlich von den Finnen. — Schon deshalb erscheint die Annahme natürlicher, dass die Lappen ursprünglich ein den Finnischen fremdes Volk gewesen sind, das unter dem Einfluss der Finnen seine ursprüngliche Sprache verloren und auch das heutige, mit dem Finnischen verwandte Lappländisch ersetzt haben. — Jedenfalls sind die Lappen in bedeutendem Grade mit den in Finnland eingewanderten Finnen verschmolzen und somit zu einem wichtigen anthropologischen Faktor in der finnischen Nationalität geworden. — Dasselbe lässt sich von den germanischen Urbewohnern, namentlich der West- und Südteile des Landes, behaupten. Die somatischen Eigenschaften der jetzt in diesen Teilen des Landes lebenden Finnen bekräftigen, wie wir später sehen werden, diese Behauptung.

Innerhalb der politischen Grenzen Finnlands wohnen gegenwärtig ausser Finnen, die die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung (ca 89 %) ausmachen, in einigen Küstengegenden der Landschaften Österbottnien (Pohjonmaa) und Nyland (Uusimaa), auf Åland und in den Schären von Åbo Schweden (oder schwedisch sprechende Finnen, insgesamt ca 11 %) und in dem nördlichen Teil des Landes, in Lappland (Lapinmaa) eine geringe Anzahl Lappen.

Die Finnen lassen sich in zwei Hauptstämme einteilen, in Tavasten (Hämäläiset) und Karelier (Karjalaiset), sowie ausserdem noch in zwei weniger scharf getrennte Stämme, Savolaxen (Savolaiset), die vielfach für eine Mischrasse der beiden Hauptstämme gehalten werden, und Qvänen (Kainulaiset), möglicherweise im wesentlichen ein durch die Vermischung von Kareliern und Lappen hervorgegangener Stamm.

*

Die Erforschung der anthropologischen Merkmale der Finnen begann in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts das Interesse der Forscher in Anspruch zu nehmen, weil sich zu dieser Zeit bei den Archäologen Europas allmählich die Auffassung geltend gemacht hatte, dass die Ureinwohner Europas ein „turanisches" Volk gewesen seien, Lappen- oder Finnenstämme mit kurzem Körper, kurzem und breitem Schädel und brauner Hautfarbe. In allerletzter Zeit hat der deutsche Archäologe Prof. Korinna dieselbe Frage in etwas modifizierter Form wieder angeschnitten. Von den Vertretern dieser Auffassung seien die Sprachforscher Arndt und Rask, der Historiker Keyser, der Archäologe Nilsson und der Anthropologe Andreas Retzius genannt. — Der erste, welcher die Anthropologie der Finnen wissenschaftlich behandelte, war Hueck. Von den Gelehrten, die nach ihm die Rassenmerkmale unseres Volkes untersucht und klargelegt haben, seien in erster Linie der schwedische Forscher Gust. Retzius und die Finnen Uällstin und Westerlund erwähnt.

Auf seinen weiten Reisen in unserem Lande im Sommer 1873 untersuchte Retzius sowohl lebende Individuen als Schädel. In seinem umfangreichen Werke „Finska kranier etc." (1878) wird von unserem Volke eine Schilderung gegeben, die wir hier kurz zusammenfassen.

Die Tavasten (Hämäläiset). Rumpf stark, fest, breitschultrig, im allgemeinen ziemlich breit, stämmig, Glieder kräftig, mittellang; doch werden sowohl kurze Individuen als solche von bemerkenswerter Länge angetroffen. Haut fest, Hautfarbe ziemlich hell. Kopf gewöhnlich gross, kurz und breit (brachycephal), aber eigentlich nicht hoch, oft ziemlich eckig, tubera parietalia entwickelt. Gesicht gross, lang, besonders aber von bemerkenswerter Breite, sowohl in der Gegend der Stirn als in der der Backenknochen und sogar des Kinns, Unterkiefer kräftig, dessen Ecken gross, weit von einander. Nase klein, ziemlich breit, entweder dick nnd rundlich, oder noch öfter mit einer kleinen gewöhnlich etwas aufgestülpten Spitze versehen. Mund ziemlich breit. Spalte zwischen den Augenlidern ziemlich klein, bisweilen schräg nach innen; Iris hell, graublau oder meistens blaugrau oder grau. Augenbrauen schwach entwickelt, hell; Haar auf dem Scheitel hell, oft flachsfarben, sonst hell, aschgrau, straff, niemals lockig. Bartwuchs schlecht, Barthaare borstig, kurz und undicht, hell, mitunter rötlich. Gesicht der Weiber runder, weniger eckig.

Die Karelier (Karjalaiset). Körper schwächer als bei den Tavasten, weniger breitschultrig, nicht proportioniert, oft über Mittellänge, lange Individuen zahlreich. Haut fest, keine Neigung zur Wohlbeleibtheit, vielmehr umgekehrt. Hautfarbe ziemlich dunkel oder ins Aschgraue spielend. Kopf nicht gross, proportioniert, ziemlich kurz (brachycephal), wenn auch nicht im selben Grade wie bei den Tavasten. Nase proportioniert, lang, nicht sehr preit. Mund ebenmässig; Augenöffnungen von mässiger Grösse, niemals oder doch sehr selten schräg. Augenbrauen dunkel, stark, oft buschig. Haar kastanienbraun, mitunter dunkel aschgrau, gewöhnlich lockig, dicht. Bartwuchs ziemlich schlecht, am besten am Kinn. Bei den Weibern Gesicht länglich rund, Züge ziemlich harmonisch, Nase gerade, scharf, Augen gross, blau, Mund hübsch und Leib bisweilen schlank.

Von den Savolaxern (Savolaiset) gibt Retzius wegen der Knapp-

heit des von ihm untersuchten Materials keine Beschreibung, sondern verweist nur auf die Aussage Haartmans, dass die Savalaxer offenbar eine Mischrasse bilden, in der das Tavastländische Element stärker vertreten sei, als das Karelische.

Die Schädel der Finnen teilt Retzius in zwei Gruppen ein: 1) festgebaute, starkknochige, 2) weniger festgebaute Schädel. Die Schädel der ersten Gruppe, die zahlreicher zu sein scheinen, sind nach Retzius' Untersuchungen von bemerkenswert festem Bau, sie „gehören zu den grössten normalen Schädeln, welche die Anthropologie kennt. Besonders die Knochen des Gesichts sind an diesen Schädeln ausserordentlich stark entwickelt, mitunter beinahe unverhältnismässig, im Vergleich zu denjenigen der Hirnhöhle". Von hinten betrachtet ist die Schädelform (norma occipitalis) fünfeckig, sodass eine von den Spitzen des Fünfecks nach oben gerichtet ist; von oben gesehen ist die Form des Schädels (norma verticalis) keilartig — eiförmig und nicht eirund wie z. B. bei den schwedischen Schädeln. Von vorn (norma frontalis) erinnert der Sehädel an die norma occipitalis. Das Gesicht ist sowohl breit als auch hoch. Der Unterkiefer vorzüglich in den hinteren Teilen breit. Seitenansicht des Schädels (norma temporalis) ist folgende: die Profillinie der Hirnhöhle beginnt an der Nasenwurzel als tiefe Einsenkung, biegt sich um die grosse, vorspringende Glabella nach der Stirn, steigt dann, sanft nach hinten abfallend, gegen die vorspringenden Stirnbeine hinauf, danach in einem gelinden Bogen nach hinten und etwas nach oben in die Gegend der Scheitelbeine, senkt sich darauf in einem gelinden Bogen über das niedrige Hinterhauptsbein und richtet sich endlich in einem kleinen Bogen nach vorn. Die bemerkenswerte Entwicklung des Scheitels ist augenfällig. Alvcalen und Zähne stark, Zahnstellung orthognetisch.

Nach Untersuchungen F. N. Westerlunds ist die Mittellänge des schwedischsprechenden Volksteils in Finnland 1.684,2 mm. und die der finnischsprechenden 1.667,8 mm. wonach also der Unterschied zwischen der Länge der schwedischsprechenden und der finnischsprechenden Finnen 16,4 mm. beträgt. — Die Kopfform ist in verschiedenen Teilen des Landes ebenfalls merkbar verschieden. Die der Schwedischsprechenden ist im allgemeinen langköpfig (dolichocephal), obgleich es unter ihnen 30—41 % Brachycephalen gibt. Unter den Finnen herrscht der brachycephale Typus in Savolax (Savo), Karelien (Karjala) und Österbotten (Pohjonmaa) vor, während im eigentlichen Finnland, Südösterbotten, Tavastlaid (Häme) und Nyland (Uusimaa) die Prozentzahl der Dolicephalen grösser ist, zwischen 57—65 sckwankend. Der grösste Prozent (nämlich 68) Brachycephalen hat Nord-Österbotten aufzuweisen (die Qvänen) (Kainulaiset). In der letztgenannten Gegend ist das Mittelmass des Körpers am niedrigsten. Es ist im allgemeinen zu merken, dass, wo das Mittelmass des Körpers hoch, auch der Dolichocephalenprozent gross ist und umgekehrt.

Eine Zusammenstellung der Längenmasse von 131,697 im Wehrpflichtsalter gemessenen Jünglingen von den Jahren 1885—1892 lehrt, dass die längsten Einwohner Finnlands die Westfinnen und die Schwedischsprechenden sind; beträchtlich kürzer sind alle übrigen, deren Längenmass gradweise abnimmt, wenn man von den Tavasten über die Karelier zu den Qvänen übergeht. Dies dürfte daraus zu erklären sein, dass in den südlichen und westlichen Landesteilen teils ein verhältnismässig reines schwedisches Volk, teils eine germanisch-

finnische Mischrasse wohnt, die in Anbetracht der Körperlänge die Mitte zwischen den Mittelmassen der beiden Rassen hält, sich bald der einen bald der anderen nähernd, je nachdem wie die Rassenmischung stattgefunden hat.

Der langköpfige, dolichocephale Typus herrscht in den von Schwedischsprechenden bewohnten Gegenden vor, während eine geringere Brachycephalie in Gegenden dominiert, wo die Vermischung der Finnischsprechenden leichter hat vor sich gehen können. In den östlichen und nördlichen Landesteilen ist dagegen eine ausgesprochenere Brachycephalie bemerkbar.

Bezüglich der Farbe des Haares und der Augen unterscheiden sich die finnisch- und schwedischsprechenden Einwohner Finnlands nicht merkbar von einander. Die Finnen sind zum grössten Teil blond, 78 % haben helle, blaue oder graue Augen und 57 % blondes Haar. Die Behauptung, die Brachycephalen seien dunkel und nur die Dolichocephalen blond, ist also für die Finnen nicht stichhaltig, was schon Virchow auf seinen Reisen in Finnland 1874 konstatierte.

Gegenwärtig ist in unserem Lande eine anthropologische und hygienische Messung der Schulkinder im Gange und einige von deren Ergebnissen sind auch schon veröffentlicht worden. Von diesen seien Professor J. Wilskmanns statistische Angaben über die körperliche Entwicklung der Schuljugend Finnlands genannt. Die Untersuchungen beziehen sich auf Körpermass, Gewicht und Brustweite sowie Spirometrie von 7—20-jährigen Knaben. Zuerst konstatiert der genannte Verfasser, dass die Knaben in südlichen, westlichen und mittleren Teilen des Landes im allgemeinen länger sind als diejenigen in den nördlichen und östlichen Teilen, ein Resultat, das gut mit den obengenannten, erwachsene Männer betreffenden, Befunde von Westerlund übereinstimmt. Nach den Messungszahlen kommt der Verfasser zu dem Schluss, dass „ein finnischer 7—20-jähriger Schulknabe etwas grösser ist, als die Knaben Europas im allgemeinen, und dass er ziemlich ebenso lang ist wie die Knaben und Jünglinge derjenigen Völker, die als langgewachsenere angesehen werden". Ähnliches konnte er was den Gewicht anbelangt konstatieren. Der finnische Knabe von reiner Rasse ist kürzer und leichter, als ein ebenso alter, der aus mehr gemischter Rasse abstammender Knabe in Finnland. Wegen seines kräftig gebauten Körpers und des grösseren Umfangs und Beweglichkeit des Brustkorbes ist er aber unbedingt dem letztgenannten überlegen.

Ich habe hier einen kurzen Überblick auf die bisher bekannten anthropologischen Merkmale der Finnen geworfen. Doch kennen wir die anthropologischen Eigenschaften unseres Volkes noch nicht genau genug, weshalb schon im Jahre 1914 eine eingehende anthropologische Untersuchung in Finnland geplant wurde. Der Weltkrieg verhinderte indessen die Ausführung jenes Plans, der von dem finnischen Ärzteverein „Duodecim" angeregt worden war, — mit der Wiederkehr normaler Zeiten hoffen wir aber ihn wieder aufnehmen zu können. — Das Endziel unserer Pläne ist die moderne Erforschung der anthropologischen Eigenschaften nicht allein der Finnen Finnlands, sondern auch der baltischen Finnen und vielleicht sogar noch entfernterer Stammverwandten — und in dieser Arbeit hoffen wir auf eine energische Unterstützung von Seiten unserer hochgeehrten estnischen Kollegen.

*

61) Dr. med. J. Luiga-Tallinn: **„Psükopatoloogilised ilmed Prangli saarte elanikkudes.** (Les traits pychopathologiques chez les habitants de l'île Prangli près de Tallinn-Reval).

Kõne ilmub edaspidi.

Läbirääkimised. Diskussion.

Nikula: Ich halte das Material des Dr. Luiga für sehr klein und verstehe darum gut, dass er daraus keine näheren Schlussfolgerungen gezogen hat, aber doch wollte ich fragen, ob nicht aus seinen Untersuchungen hervorgeht, welche Momente, ob mehr die exogenen oder die endogenen es sind, welche diese grosse Degeneration hervorgerufen? Ich denke mir, dass es wohl hauptsächlich die endogenen Momente sind, welche hier in der Aetiologie die Hauptrolle spielen müssen.

Luiga: Uurimise ala on väike, kuid saar on kergesti kättesaadav, sellepärast võib vabal ajal sääl töötada ilma välise toeta, nii rahalise kui abijõu poolest. Eksogeen momendid, vähemalt otsekohesed, ei mängi suurt osa, kaudselt võib see võimalik olla, kuid endogeen tegurid on ilmselt esikohal. Peab juurdlema eelarvamiseta, ka tavalisest klassifikatsioonist keelduma ja nähteid niisugustena hindama.

*

62) Dozent Dr. med. J. Alksnis-Riga: **Über Kriegsverletzungen des peripheren Nervensystems.**

Bei der Beurteilung der Verletzungen des Nervensystems hält man sich, scheint es mir, allzu sehr an die anatomische Einteilung — zentrales und peripheres Nervensystem. Die Berichte der Chirurgen über Verletzungen der peripheren Nerven übergehen gewöhnlich stillschweigend die Alterationen des Zentralnervensystems und umgekehrt — die Neurologen berücksichtigen ungenügend die Alterationen der peripheren Nerven, welche sich bei traumatischen Neurosen vorfinden.

Ich will in meinem Referat, welchem 68 verschiedenartige Nervenverletzungen zugrunde liegen, von denen 48 operativ behandelt wurden, von dieser Schematisierung etwas abweichen und im Rahmen der Laesionen des peripheren Nervensystems auch Krankheitsbilder besprechen, welche, obgleich peripheren Ursprungs, ins Gebiet der Neurosen hinübergreifen. Das Gros meines Materials entstammt den russisch-deutschen Kämpfen, der kleinere Teil betrifft Lettländer, welche in den Kämpfen gegen die Bolschewisten und die Bermontschen Banden verwundet wurden.

Die Statistiken der russischen Reservelazarette ergaben etwa 3 % von Verletzungen der Nervenstämme, während unter 214 verwundeten Letten 10 Nervenverletzungen waren, was mehr als 5 % ergibt. Letztere Zahl müsste der Wahrheit recht nahe kommen, da sie einer Periode entstammt, wo alle Verwundeten der lettischen Truppen meiner Kontrolle unterworfen waren. Da ohne Zweifel eine gewisse Zahl von schweren Frakturen und Verletzungen, welche auf dem Felde bleiben, auch mit Nervenlaesionen kompliziert war, so wird der wahre Prozentsatz der Kriegsnervenverletzungen noch grösser sein.

A. Laesionen des peripheren Nervensystems bei Schussverletzungen als Fernwirkung.

Eigentlich ist jede Verwundung auch zugleich Laesion des peripheren Nervensystems, welche sich mindestens durch Schmerz offenbart. Allbekannt

ist der sogenannte lokale Wundstupor, welcher in vorübergehender Unempfindlichkeit von Schuss- und Quetschwunden und ihrer nächsten Umgebung beruht und durch heftige molekulare Perturbationen in den getroffenen Nervenfasern und ihren Verzweigungen erklärt wird. Es giebt Schussverletzungen, wo das Geschoss keinen grossen Nervenstamm direkt traumatisiert, sondern in einer gewissen Entfernung von demselben durchgeschlagen hat, und dennoch Lähmungen und andere Funktionsstörungen bestehen, welche nur durch Fernwirkung des Geschosses auf die Nerven erklärt werden können. Perthes hat in solchen Fällen kleinste Blutaustritte zwischen den Nervenfaserbündeln beobachtet und erklärt diese Traumatisierung dadurch, dass das Projektil beim Eindringen in die Gewebe einen Teil seiner grossen lebendigen Kraft in seitlicher Richtung an die Weichteile abgab und damit auch Quetschung, seitliche Verdrängung und plötzliche Ueberdehnung des Nervenstrangs bedingte, wodurch molekulare Destruktionen und Funktionsunfähigkeit zu Stande kamen. Er hat bindegewebige Verdickungen des Endoneuriums als Nachbleibsel solcher Fernwirkungen beobachtet. Nun sehe ich keine Hindernisse, dass sich die vehemente Energie des Geschosses, welches einen Nervenstrang getroffen hat, in der Substanz der Axenzylinder und Markscheiden in Längsrichtung fortpflanzt und weitgehende molekulare Destruktionen bedingt, welche sich bis zu den Spinalganglien erstrecken können, wodurch die Regenerationskraft des Nerven stark geschädigt wird. Als ich meine Verwundeten in einem russischen Reservelazarett auf Alterationen des Nervensystems in der Umgebung der Wunde prüfte, fiel es mir auf, dass nicht selten der sogenaunte Wundstupor eine Ausdehnung erreichte, welche weit über die nächste Umgebung hinaus sich erstreckte, z. B. beim Durchschuss des carpus, metacarpus, tarsus, metatarsus, zuweilen mit ausgedehnten Knochenzersplitterungen nicht allein in der Wunde und ihrer nächsten Umgebung Analgesien und Hyperalgesien, sehr oft begleitet von vasomotorischen und sekretorischen Alterationen (Hyperaemien, Hyperhydrosis) bestanden, sondern dieselben teils die halbe, teils die ganze betroffene Extremität einnahmen, manchmal — bei Verletzung der oberen Extremität — auch den entsprechenden Schultergürtel und die angrenzende Brustpartie, bei Verletzungen der unteren Extremität — die angrenzende Beckenregion, wobei diese Alterationen durchaus nicht der anatomischen Verbreitung des entsprechenden Nervenstamms entsprachen und vor allen Dingen eine direkte Verletzung der grossen Nervenbahnen ausgeschlossen war. Die Patienten hatten keine Ahnung von diesen Alterationen, boten meistens keine, hin und wieder nur leichte Anzeichen einer allgemeinen Neurose dar, entstammten gesunden Familien, waren niemals früher von Geschossexplosionskontusionen betroffen worden und behaupteten, dass sie im Moment der Verwundung keiner besonderen psychischen Emotion ausgesetzt gewesen wären, d. h, es fehlten alle mechanischen als auch psychischen Momente, welchen in der Aetiologie der traumatischen Neurosen durch Geschossexplosion eine Bedeutung zugeschrieben wird. In den meisten Fällen restituierten sich die normalen Verhältnisse bei gewöhnlicher Wundbehandlung im Laufe von 2—6 Wochen, stufenweise, in der Richtung vom Zentrum des Körpers zur Wunde.

Wie soll man sich diese ausgedehnten Sensibiliätsstörungen etc. erklären? Am nächstliegendsten wäre es, dieselben als Teilerscheinungen einer allgemeinen Neurose aufzufassen, doch dagegen spricht, wie hervorgehoben,

das Fehlen der aetiologischen Momente, welche für Kriegsneurosen als bezeichnend anerkannt werden. Ich bin geneigt, diese Störungen als Folgen sehr heftiger molekularer Perturbationen des regionären Nervensystems zu betrachten, ähnlich dem lokalen Wundstupor. Da die sensiblen Verzweigungen weitgehende Anastomosen zwischen den einzelnen Nervenstämmen aufweisen, so liesse es sich erklären, dass die Sensibilitätsstörungen sich über viele Nervenbezirke ausbreiteten. Die klinischen Beobachtungen lehren, dass die sensiblen Fasern überhaupt empfindlicher gegen Traumen sind als die motorischen. Die molekulare Destruktion könnte sich ja auch bis zu den spinalen Ganglien fortsetzen und hier eine zeitweilige Funktionsausschaltung der betreffenden Zellen bedingen. Die weitere Möglichkeit wäre, dass der intensive Schmerzreiz — es waren sehr empfindliche Regionen verletzt — gewisse Bezirke des Zentralnervensystems zeitweilig lahmgelegt hat, womit ich der Auffassung Oppenheims über die Aetiologie gewisser Neurosen nahegekommen wäre.

B. Verletzungen peripherer Nerven und Neurosen.

Wenn man die Literatur über traumatische Kriegsneurosen durchsieht, so findet man Fälle, wo es richtiger gewesen wäre, die Laesion eines peripheren Nerven in den Brennpunkt des Krankkeitsbildes zu rücken, anstatt dieselbe als ein Anhängsel der Neurose zu betrachten. Es sind mir Fälle von traumatischer Neurose erinnerlich, welche sich mit der Zeit als typische Trigeminusneuralgien erwiesen, bedingt durch Frakturen und Kallusbildungen der Schädelknochen, welche anfänglich übersehen waren. Zugleich mit der Resorption des Kallus schwanden auch die Schmerzen und die Erscheinungen der Neurose. Aehnliche Beobachtungen habe ich auch auf dem Gebiet der Beckenverletzungen und Sitznervenneuralgien gemacht. Ich habe einen Fall von Torticollis spasticus operiert, der nach einem Sturz vom Pferde auftrat und so tiefgehende Neuroseerscheinungen mit sich brachte, dass keine Behandlung Erfolg hatte und Patient mit Selbstmordgedanken sich abgab, bis Durchschneidung des n. accessorius ihm dauernde Heilung brachte.

Eine weitere Besprechung beansprucht das sehr eigentümliche Krankheitsbild, welches als causalgia bekannt ist und auch hierher gerechnet werden muss, da sein Ausgangspunkt Verletzungen peripherer Nerven, vor allen Dingen des n. medianus und n. ischiadicus sind. Es beruht darin, dass einige Wochen nach der Nervenverletzung sich brennende Schmerzen und ein unerträgliches Gefühl von Trockenheit in der Wunde und der betroffenen Extremität entwickeln, welche nur dadurch gelindert werden können, dass die Patienten dieselben mit feuchten Lappen bedecken. Die Schmerzen können sich so weit ausbreiten, dass nicht allein die verwundete Extremität, sondern auch entferntere Regionen, z. B. Lippen, Nasenspitze, Fusssohlen usw. und jede Berührung derselben mit trockenen Gegenständen und mit trockener Luft brennende Schmerzen hervorruft nicht allein an der berührten Stelle, sondern auch in der Wunde und ihrer Umgebung, daher die unglücklichen Patienten ihre feuchten Lappen, welche ihre Schmerzen lindern, ständig erneuern, auch Stirn, Nase und Lippen damit bedecken, durch feuchte Lappen atmen, weil sie den trockenen Luftzug nicht vertragen. Schliesslich manifestieren sie die verschiedensten Symptome der traumatischen Neurose. Dieses Krankheitsbild, welches schon während des Krimkrieges beobachtet worden

ist und während des Weltkrieges in der russischen Literatur mehrfach beschrieben wurde, lässt sich beeinflussen, wenn man die verletzten Nerven, welche gewöhnlich nur teilweise lädiert sind, aus ihren Narbenfesseln befreit. Doch leider ist nicht selten die Beeinflussung durch äussere Neurolyse ungenügend, da Narbendruck und entzündliche Prozesse im Innern des Nervenstamms fortdauern. Es versteht sich, dass deshalb nicht selten mehrfache Operationen gemacht werden müssen und dass der Erfolg durchaus nicht immer gesichert ist. Unter meinen 3 Fällen, von welchen der erste eine Medianus- und Ulnarisverletzung, der zweite eine Ischiadicusverletzung, der dritte eine Brachialplexusverletzung (mit hauptsächlicher Beteiligung des Medianus und Muskulokutaneus) betraf, war der erste ein sehr schwerer Fall, wo der Patient sich Hände und Gesicht beständig nässte und in seiner Ernährung ganz heruntergekommen war, während die beiden letzteren in der verletzten Extremität nur brennende Schmerzen empfanden. In meinem ersten Fall mussten die Nerven aus ihren Narben förmlich herausgegraben und vom Druck schlecht geheilter Frakturstücke des Humerus befreit werden. Obgleich die Operation eine unleugbare Besserung brachte, wurde nur nach dreimonatlicher Nachbehandlung mit Massage, Bädern und Galvanisation die endgültige Heilung erzielt. Im zweiten Fall unterbrach ich die Nervenleitung durch Alkoholinjektion, welche die Schmerzen vollkommen beseitigte, musste aber dafür eine sechsmonatliche motorische Lähmung mit in den Kauf nehmen. Im dritten Fall, welcher auf die Alkoholinjektion mit vermutlich nachfolgender partieller Lähmung seines rechten Armes nicht eingehen wollte, musste ich mich mit der Neurolyse und Entfernung der spiessenden Knochensplitter begnügen, was aber keinen Erfolg hatte, da tiefgreifende neuritische Prozesse vorlagen; er verlor die Geduld, begab sich in eine ausländische Klinik, wo zur Kohlensäurevereisung der lädierte Plexus abermals entblösst worden war, dabei aber auch die vena axillaris einen Riss bekommen hatte, und starb dort an einer Pyaemie.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass in solchen Fällen neuritische Prozesse in den lädierten peripheren Nerven die causa movens darstellen, weshalb die Schmerzen äusserst schwer zu beeinflussen sind. Unaufgeklärt bleibt der Umstand, wodurch gerade der brennende Charakter der Schmerzen und ihr baldiges Hinübergreifen auf entferntere Gebiete zu erklären ist, so dass z. B. auch stärkere optische und akustische Reize brennende Hyperaesthesien in den verletzten Regionen hervorrufen. Dass anhaltende neuritische Reize und Fremdkörperreize die molekuläre Struktur des Zentralnervensystems alterieren können, wobei die Neuroseerscheinungen sich zunächst auf der verletzten Extremität generalisieren, und dass dieser Prozess ohne Vermittelung der Psyche vor sich geht, das scheint Oppenheim sehr plausibel.

C. Symptome der Nervenverletzungen.

Unter den 48 Nervenverletzungen, welche operatives Eingreifen beanspruchten, waren verletzt: 12 mal der n. radialis (von diesen 8 mal kompliziert mit Humerusfrakturen), 14 mal der n. ulnaris, 8 mal der n. medianus, 3 mal der n. medianus und n. ulnaris, 2 mal der n. medianus und n. musculocutaneus, 1 mal der plex. brachialis, 5 mal der n. peronaeus communis, 2 mal der n. ischiadicus und 1 mal der n. ischiadicus und n. cruralis. In 47 % der

Fälle waren motorische Lähmungen, in 35 % — Neuralgien und in 18 % motorische Lähmungen und Neuralgien. Ich kann die bekannte Regel bestätigen, dass die Verletzungen des n. medianus, n. ischiadicus und n. ulnaris in auffallender Weise mit Neuralgien, vasomotorischen und trophischen Störungen reagieren, schon viel weniger der n. musculocutaneus und fast niemals der n. radialis. Die heftigsten Schmerzen beobachtete ich bei der Verletzung des plexus brachialis, mit hauptsächlichster Beteiligung der Medianus- und Muskulokutaneusstränge. Dabei findet man an den Nerven meistens narbige Verwachsungen, Einschnürungen, spindelförmige Verdickungen und endoneuritische Prozesse als Ausdruck von gewesenen partiellen Laesionen, Quetschungen und Entzündungen des Nervenstrangs. Das ist typisch, dass man starke Schmerzen zur Diagnose einer partiellen Laesion des Nervenstamms ausnutzen kann, weil bei völliger Durchtrennung desselben die Schmerzen gering und selten sind, dagegen motorische Lähmungen praevalieren. Meistens kommen die Schmerzen 2—3 Wochen nach der Verletzung, was auf ihre Abhängigkeit von Narbenbildungen hinweist. In den Fällen, wo sie eine grosse Intensität aufweisen, pflegen sie anfallsweise aufzutreten und können von solcher Heftigkeit sein, dass die Patienten sich mit Selbstmordgedanken abgeben. Ganz schmerzlose Perioden giebt es kaum. Es ist kein Wunder, dass das Zentralnervensystem der gequälten Patienten unter den beständigen Schmerzen und schlaflosen Nächten besonders leidet, und da die Therapie eine recht undankbare ist, so muss der Arzt viel Geduld und Menschenkenntnis besitzen, um die Patienten aufrecht zu erhalten. Auf die Abart des „brennenden, trockenen Schmerzes“ unter der Bezeichnung causalgia, wo es ganz unmöglich wird, zu sagen, wo der neuritische Schmerz aufhört und die Neurose beginnt, habe ich schon hingewiesen. Die Schmerzen pflegen von Berührung, Witterung, Gemütsbewegungen, Wärme und Kälte sehr abhängig zu sein, Hyperhydrosis während des Schmerzanfalles ist sehr häufig, und nicht nur an der befallenen Extremität, sondern auch an den angrenzenden Regionen. Die begleitenden vasomotorischen Erscheinungen präsentieren sich als livide Verfärbung der Haut, welche sich kühl anfühlt und auf eine Blutstromverlangsamung im gelähmten Nervengebiet hinweist. Man beobachtet auch leichte Oedeme. Ich kann die Beobachtungen Erlachers und Goebels bestätigen, welche bei Radialisverletzungen eine den Sehnenscheiden des m. extensor digitorum communis entsprechende Vorwölbung konstatiert haben und dieselbe auf Verdickung und Oedem der Sehnenscheiden zurückführen. — Die Haut weist schon nach kurzer Zeit trophische Störungen auf, welche in ausgiebiger Abschilferung und Verdünnung derselben besteht, das Unterhautzellgewebe schwindet, die Muskeln atrophieren, die Knochen werden dünner und ärmer an Kalksalzen. Manchmal findet man Hypertrichosis vor. In einem Falle sah ich nach Quetschung des plexus brachialis auffallende Blasenbildungen am Ober- und Unterarm, welche eine Woche anhielten und dann von pigmentierten Schuppenbildungen der Epidermis abgelöst wurden. Zweimal habe ich langwierige Ulcera an der Ferse nach Ischiadikus- und Peronaeuslähmung gesehen.

Die Sensibilitätsstörungen entsprachen in meinen Fällen den Ausbreitungsgrenzen der betroffenen Nerven, und ich habe niemals gesehen, im Widerspruch zu anderen Autoren, dass bei einer Radialislähmung sensible Störungen vollständig fehlten. Dass ihr Ausbreitungsgebiet recht stark variiert und den

Angaben der anatomischen Bücher nicht genau entspricht, ist eine häufige Beobachtungstatsache, welche durch die reichlichen sensiblen Anastomosen der benachbarten Nerven erklärt werden kann. Gewöhnlich ist der Defekt der sensiblen Leitung kleiner, als die gelähmte Nervenregion. Von der Ausbreitung des unempfindlichen Bezirks auf den Grad der Nervenläsion einen Rückschluss zu fassen, ist nicht erlaubt.

Motorische Lähmungen des von einem verletzten Nerven versorgten Gebiets können alle, oder nur einzelne Muskeln betreffen, je nachdem ob alle oder nur einzelne Nervenfasern ihre Leitungsfähigkeit eingebüsst haben. Aus einer vollständigen Lähmung des ganzen Gebiets darf man aber niemals folgern, dass der ganze Nervenstrang durchtrennt ist, denn man sieht nicht selten, dass auch bei partiellen Laesionen, bei narbigen Einschnürungen und endoneuralen Narbenbildungen das ganze Nervengebiet gelähmt ist. Es ist auffallend, dass einzelne Muskelgruppen besonders zu motorischen Paresen oder Paralysen neigen, so die Muskeln des Kleinfingerballens, aber auch die entsprechenden mm. interossei und lumbricales bei Ulenarisschädigungen und die Peronaeigruppe bei Ischiadikusverletzungen. An diesen Muskeln pflegen die Lähmungserscheinungen am ausgesprochensten zu sein, sie findet man nicht selten auch dann vor, wenn alle übrigen Muskeln des betroffenen Nervengebiets funktionieren, resp. wenn die anderen Muskeln sich schon erholt haben. Ob daran die besondere Vulnerabilität der entsprechenden Nervenfasern, oder die natürliche Schwäche dieser Muskelgruppen schuld ist, wage ich nicht zu entscheiden.

Was die Alterationen der elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln anbetrifft, so kann ich nur bestätigen, dass der Grad der Entartungsreaktion dem Grade der organischen Nervenschädigung und der motorischen Lähmung durchaus nicht parallel geht, dass bei völliger Paralyse für die erste Zeit noch unvollständige Entartungsreaktion bestehen kann und dass die willkürlichen Bewegungen nicht selten früher wiederkehren, ehe noch die elektrische Erregbarkeit normal geworden ist. Die vollständige Entartungsreaktion beweist nur, dass die Nervenleitung durch eine organische Schädigung des Nerven unterbrochen ist, wobei der Nervenstrang nicht durchtrennt zu sein braucht, sondern bloss gequetscht oder narbig stranguliert sein kann. Zur Ausbildung der kompletten Entartungsreaktion genügen gewöhnlich 3—4 Wochen.

D. Fragen der Therapie und Heilung.

Wenn Spontanheilungen nach Nervenverletzungen beobachtet worden sind, so kann es sich nur auf Fälle beziehen, wo der Nerv durch Fernwirkung eines Geschosses leichtgradig traumatisiert war und weder Durchtrennung noch Narbenbildung stattgefunden hatte. In allen Fällen, wo der Nervenstrang durchgeschossen oder nur einzelne Bahnen desselben durchschlagen waren, entwickelt sich im Defekt Narbengewebe, welches den Axenzylindern den Weg absperrt. Wenn auch einzelne Axenzylinder die Narbe passiert haben, so genügt es nicht, um die Funktion wiederherzustellen. Leichte Quetschungen des Nervengewebes, wo die Leitung durch temporäres Oedem und nicht durch Narbenbildung unterbrochen war, können im Laufe von Tagen und Wochen ausgeglichen werden, mit Rückkehr der Funktion.

Deshalb ist in den meisten Fällen von Nervenverletzungen operatives Eingreifen unvermeidlich. Die Frage, wann man operieren soll, ist verschieden

beantwortet worden. Man meinte den Termin der Spontanheilungsmöglichkeit abwarten zu müssen, übersah aber dabei, dass hier mit wenigen Wochen nicht gedient ist, und dass man eigentlich Monate warten müsste. Am schwierigsten ist die Fragestellung bei partiellen Lähmungen, welche auf eine teilweise Laesion oder Narbendruck hinweisen, und wenn hier gewöhnlich nicht starke Schmerzen beständen und zur Operation drängten, so würde der Entschluss — operieren oder nicht operieren — recht schwer fallen.

Ich habe mich am Prinzip gehalten, so früh als möglich zu operieren, wenn Erscheinungen von partieller oder kompletter Lähmung vorlagen, die Wunde geheilt war, oder die lokalen Verhältnisse wenigstens gestatteten, aseptisch zu operieren, und habe es niemals bedauert. Ich habe einmal sogar einen Radialis beim ersten Verbande genäht, als ich die Schussöffnung zur Entfernung eines Knochensplitters breit spaltete und den durchrissenen Nerven vorfand. Es gelang mir, die Nervennaht abseits von der Schusswunde zwischen Muskelbäuchen unterzubringen und ich erzielte primäre Heilung des Nerven. Ueber das funktionelle Resultat dieser Frühoperation kann ich leider nichts sagen, da der Patient schon nach einem Monat evakuiert wurde, aber es liegt kein Grund vor, anzunehmen, dass dasselbe schlechter war, als bei den späteroperierten. Selbstverständlich werden solche Frühoperationen nur Ausnahmefälle darstellen. Im übrigen habe ich nicht ein einziges Mal erlebt, dass die Operation unnütz gewesen wäre oder geschadet hätte, sondern immer waren organische Veränderungen vorhanden, welche auf diese oder jene Weise beeinflusst werden mussten, um die Nervenleitung zu ermöglichen. Das bezieht sich voll und ganz auch auf die partiellen Lähmungen und Schmerzen, welche eine Teilverletzung oder Narbendruck der Nerven erwarten liessen. Dagegen sind die Gefahren und Unbequemlichkeiten des langen Wartens so schwerwiegend, dass sie zu möglichst frühzeitiger Operation auffordern. Sie bestehen in der Atrophie der Muskulatur und Versteifung der Gelenke, welche schon nicht selten den Erfolg einer Nervenoperation illusorisch gemacht haben. Ich habe Nerven genäht, wo ich zugleich Sehnenverlängerungen und Gelenkmobilisierungen vornehmen musste, um auch diesseits die Wiederherstellung der Funktion der Extremität zu erleichtern. Wenn die unoperierten Nervenfälle sich selbst überlassen werden und durch Massage, passive Bewegungen und Elektrizität den Versteifungen nicht vorgebeugt wird, so erhält man Verhältnisse, wo auch eine erfolgreiche Nervenoperation wenig helfen kann. Man soll vor allen Dingen im Auge haben, dass nicht selten komplete Lähmungen, oder quälende Schmerzen durch die einfache Operation der Neurolyse oder Fremdkörperentfernung beseitigt werden können. Was die Schmerzen anbetrifft, so werden wir leider manchmal zur Operation gezwungen, ehe die eiternden Fisteln sich geschlossen haben. Die Fälle sind desto unangenehmer, weil der Erfolg der Operation garnicht selten ausbleibt, wenn man sich nur mit Neurolyse begnügt und sich nicht zur künstlichen temporären Unterbrechung der ganzen Nervenleitung durch Alkoholinjektion oder Nervenvereisung entschliessen kann.

Ich will hier nur die operativen Eingriffe kurz besprechen, welche ich in meinen Fällen angewandt habe, und zugleich über die erzielten Resultate berichten.

Die äussere Neurolyse kommt in den Fällen in Frage, wo der Nerv durch Narbenschnürringe abgequetscht oder durch Narbenstränge abge-

knickt worden ist. Die dankbarsten Fälle sind die, wo im Nervenstrang selbst ausser Oedem keine weiteren Veränderungen vorgefunden werden: der Nerv ist an der Schnürfurche oder an der Abknickung blass, anaemisch, oberhalb und unterhalb derselben nicht selten oedematös geschwollen. — Die einfache Operation beruht darin, dass man, ohne die Nervenelemente zu verletzen, den Narbenring durchschneidet, die Narben entfernt und sich bemüht, den befreiten Nerven so zu legen, dass er ausserhalb des entzündlichen Gebietes kommt um nicht in den Bereich der möglichen Narbenbildung hineingezogen zu werden. Der Erfolg ist garantiert, wenn die Nervenscheide nicht von Narbenzügen durchsetzt war und im Innern des Nerven keine Narbenbildungen sich vorfanden, was man ziemlich genau durch Betastung desselben feststellen kann. Interessant ist ein Fall, wo durch eine Kugel der rechte Ischiadikus und Kruralis lädiert und nachträglich durch Narbenzüge abgeschnürt worden waren und Patient wegen vollständiger Lähmung des rechten Beins das Bett hüten musste und wegen Schmerzen schlaflose Nächte verbrachte und wo durch einfache Neurolyse ein derartiger Erfolg erzielt wurde, dass der Patient schon am nächsten Tage von seinen Schmerzea befreit und am dritten Tage sein Bein frei bewegen konnte. Ebensolche rasche Erfolge kann man durch Entfernung von Geschossen und Knochensplittern erzielen, welche auf den Nerven drückten, und sind diese Operationen von mir der äusseren Neurolyse zugruppiert worden. Doch nicht immer kommt der Erfolg so unmittelbar. Immerhin sind die Resultate als sehr gute zu bezeichnen und ich habe unter meinen 20 Fällen in 80 % Erfolg gehabt. (Möglich, dass von den übrigen 20 %, wo ich keinen Erfolg im Laufe von 4—6 Monaten nach der Operation konstatieren konnte, noch einige späterhin ausheilten. Die Kriegsverhältnisse brachten es ja mit sich, dass man auch in Reservelazaretten die nötige Beobachtungsdauer von 1 Jahr sich nicht erlauben konnte.) — Allerdings ist es recht oft nicht möglich, sich mit der äusseren Neurolyse zu begnügen, da Nervenscheidenverdickungen und kleine Verhärtungen in der Nervensubstanz auf abgelaufene und lokalisierte Entzündungen hinweisen und zu länglichen Inzisionen der Nervenscheide und Exzisionen von randständigen Narben auffordern. Doch habe ich auch diese Fälle zur äusseren Neurolyse gerechnet und gerade diese waren es, wo der Erfolg lange auf sich warten liess oder sogar in 6 Monaten ausblieb. Und hier waren es wiederum die Kleinfingerballenmuskeln und die mm. interossei und lumbricales des IV. und V. Fingers, welche bei Ulnarisaffektion nicht parieren wollten, wie auch die mm. peronaei bei Ischiadikuslaesion, wobei die entblössten Nerven keine sichtbaren Veränderungen im Innern offenbarten. Zwar waren es fast ausschliesslich Verletzungen, welche schon mindestens vor 6 Monaten erfolgt waren und keine sachgemässe Behandlung durch Massage und Elektrizität erfahren hatten. Einmal habe ich die Neurolyse mit Alkoholinjektion in den Ischiadikus verstärkt, was eine prompte Beseitigung der Schmerzen, aber eine motorische Lähmung zur Folge hatte, welche im Lauf von 6 Monaten Tendenz zur Heilung zeigte.

Als innere Neurolyse möchte ich Operationen bezeichnen, wo aus dem Innern des Nerven durch spindelförmige Schnitte Narben oder Fremdkörper entfernt wurden, nach dem Typus, wie es Hashimoto angegeben hat, oder wo grössere narbige Randpartien entfernt werden mussten, zuweilen kombiniert mit Längsschnitten im Nerven. So verlockend diese Operationen

für den Anfang scheinen, so hinterlassen sie doch meistens ein Gefühl des Unbefriedigtseins, weil es äusserst schwer ist, die Grenzen der narbigen Durchwachsungen mit dem Tastgefühl und dem Auge abzuschätzen. Es hinterbleibt fast stets die Frage, ob man die Narben in genügender Ausdehnuug entfernt hat, ob man andererseits nicht gesunde Axenzylinder mitgeopfert hat. Ich muss eingestehen, dass ich im Anfang meiner Tätigkeit eifrig bemüht war, meine Operationen auf eine Narbenexzision zu reduzieren, späterhin aber mehr und mehr radikal operierte, d. h. die narbigen Stellen exzidierte und Nervennähte anlegte. Ich erlebte es nämlich, dass die Wiederkehr der Nervenfunktion nach Hashimoto fast immer ebensolange auf sich warten liess, wie nach einer Nervennaht, ja noch mehr — dass in 2 Fällen, trotz vorsichtigen Operierens, die anfängliche Parese nach der Operation in eine vollständige Paralyse umschlug. Selbstverständlich muss auch bei dieser Operation die operierte Nervenstelle in nächstliegende gesunde oder auch transplantierte Gewebe verlagert und müssen alle Narben herausgeschnitten werden. In 9 auf diese Weise operierten Fällen hatte ich in 50 % an Heilung grenzende Besserungen zu verzeichnen, während einer höchstens 6 monatlichen Beobachtungszeit, was ungenügend ist.

Die Nervennaht hat im Weltkriege die Feuerprobe überstehen müssen. Wir müssen zugeben, dass die allzu optimistischen Erwartungen, welche von früheren Statistiken aus Friedenszeiten übernommen worden waren, sich nicht bewahrheitet haben. Wenn Perthes daran hauptsächlich die viel schwereren und intensiveren Traumatisierungen der Gewebe durch die heutigen Geschosse und die grösseren Infektionsgefahren der Schusswunden beschuldigt, so hat er sicherlich die Hauptgründe gefunden. Ich möchte nur noch darauf hinweisen, dass wir viel kritischer und anspruchsvoller in der Beurteilung der Heilungsresultate geworden sind. Jedermann, welcher sich mit Nervenoperationen beschäftigt hat, weiss, wie schwierig es manchmal ist, in der Beurteilung der Erfolge die nötige objektive Reserve einzuhalten, um nicht das zu sehen, was man so gern sehen möchte. Ausserdem stellt die notwendige lange Beobachtungszeit grosse Schwierigkeiten der Konstatierung der wahren Endresultate. Während einige Autoren sich damit begnügt haben, als Heilung schon die Willensbewegungen einzelner Muskelgruppen anzuerkennen, sind andere an ihre Statistiken mit dem Postulat herangetreten, dass alle, auch die kleinsten Muskeln, auf Willensimpulse reagieren müssen, wenn man von kompletter Heilung sprechen will, was z. B. bei Ulnaris- und Peronaeuslähmungen sehr oft nicht erreicht wird. Von vielen Autoren ist auch der wiedergekehrten Sensibilität eine zu grosse Bedeutung zugeschrieben worden, während dieselbe durch die vielen sensiblen Anastomosen erklärt werden kann. Bei den nahen Beziehungen des Ulnaris und Medianus zu einander fällt es gewöhnlich nicht leicht zu eruieren, inwieweit s. B. der gesunde Medianus den verwundeten Ulnaris unterstützt und umgekehrt. Man kann immer und immer wieder die Täuschung beobachten, dass energische Patienten, welche die Wiederkehr der Funktion unbedingt sehen wollen, bei der Aufforderung, die gelähmten Muskeln versuchsweise zu kontrahieren, dasselbe mit einem so starken Willensimpuls besorgen, dass die gesunden Antagonisten mit grosser Kraft kontrahiert und dadurch die gelähmten Muskeln und Gelenkbänder über ihre Elastizität hinausgestreckt werden, weshalb dieselben, beim Nachlassen

der Kontraktion, in ihre ursprüngliche Lage zurückschnellen, was fälschlicherweise als willkürliche Bewegung aufgefasst wird. Auch Lagerung und Schwereverhältnisse der geprüften Extremität müssen berücksichtigt werden, wenn man nicht Fehlschlüsse machen und passive Bewegungen als aktive auffassen will.

Ich habe im Ganzen 17 Nervennähte ausgeführt und bei 6—8-monatlicher Beobachtungszeit in 38% bedeutende Besserungen und Beginn von willkürlichen Bewegungen beobachtet, welche eine weitgehendere Wiederherstellung und vielleicht auch Heilung erwarten liessen. Perthes hat 43,3% Besserungen bei 10-monatlicher und längerer Beobachtung konstatiert, Spitzy — 40,6%. Es ist möglich, dass auch meine Resultate sich gebessert hätten, wenn mir eine längere Beobachtungszeit zur Verfügung gestanden hätte. Auch in meinen Fällen gab der Radialis die bessere Prognose, der Ulnaris die viel schlechtere. Die Autoren gehen so weit, dass sie zur Beurteilung der Endresultate für die Nerven der oberen Extremität 3 Jahre, der unteren Extremität — 4 Jahre fordern. Abgesehen von Massage, heissen lokalen Bädern, passiven Bewegungen und Elektrizität, welche Therapie ich möglichst frühzeitig und systematisch einhalten liess, konnte ich mich nicht des Eindrucks erwehren, dass energische und willensstarke Menschen viel erfolgreicher der Muskelatrophie entgegenarbeiten und rascher Willensbewegungen erzielen, als weniger energische.

Einige Worte über die Technik der Naht. Dass die lädierten Nervenabschnitte ausgiebig aus den Narben ausgelöst und mit scharfem Messer beschnitten werden müssen, um möglichst gesunde Nervensubstanzen aneinander zu nähen, dass man zart fassen und vorsichtig operieren muss, um den Nerven nicht zu schädigen, dass man mit feinen Nadeln und feinster Seide ohne Spannung und exakt nähen und nur die Nervenscheiden mitfassen muss, dass man im Operationsgebiet die Narben entfernen und sorgfältigste Blutstillung besorgen muss (keine Blutleere!), das alles sind anerkannte Tatsachen. Mehr Aufmerksamkeit erfordert die Lehre Stoffels von der inneren Nervenbündeltopographie, nach welcher die bestimmten funktionellen Einheiten in geschlossenen Bündeln durch den ganzen Nerv hindurchlaufen, somit auch bei der Naht die einander entsprechenden Bündelabschnitte zusammengebracht werden müssten. Diese Forderung, welche sonst sehr ansprechend erscheint, ist eigentlich von der Praxis schon längst zurückgewiesen worden, denn man hat genäht und näht auch jetzt noch Nerven mit Erfolg, ohne dieselbe zu erfüllen. Dass sie ohne elektrische Prüfung der fraglichen Nervenfasern unausführbar ist, versteht sich eigentlich von selbst, wenn man die Dislokationen und verschiedenen Kaliber des zentralen und peripheren Abschnitts im Auge hat. Dass man mit Hilfe von feinsten Elektroden viel weiter kommt, kann ich mir auch nicht vorstellen. Ausserdem haben Auffaserungen von Nervenstämmen gezeigt, dass die einzelnen Bahnen sich durchaus nicht in den Grenzen bestimmter Bündel halten, sondern ein wirres Geflecht von Fasern darstellen. Mikroskopische Präparate zeigen dasselbe Gewirr von sich regenerierenden Fasern der aneinandergefügten Nervenabschnitte. Es wird wohl noch lange unaufgeklärt bleiben, wie die hervorspriessenden Nervenfasern im alten Nervengeleise bis zur Muskelzelle oder Hautendorgan gelangen, denn bei unseren jetzigen Nahtmethoden müssen motorische Fasern in sensible Bahnen und umgekehrt gelangen und Axenzylinder eines Muskels in das Geleise eines

anderen. Stellt man sich die nach der gangbaren Regenerationslehre aus dem zentralen Abschnitt hervorsprossenden Axenzylinder, welche mit ihren spinalen Ganglien in Verbindung stehen, als funktionell prädestinierte Gebilde vor, so kann man sich nicht vorstellen, wie sie auf dem langen Wege sich zurechtfinden und orientieren, um die ihnen zuerteilten Endorgane zu erreichen. Da sie in den leeren Schläuchen der Schwannschen Zellen fortwachsen sollen, so müssten sie vielfach diese Schläuche perforieren, um vom falschen in das richtige Geleise zu kommen. Aber auch die neuere Lehre von Beteiligung der Schwannschen Zellen an der Axenzylinderbildung (Ranvier, v. Büngner, Bethe, Spielmeyer) bringt uns in unserem Verständnis nicht weiter.

Damit die operierten Nervenstellen in den Vernarbungsprozess nicht hineingezogen werden, hat man sich seit jeher bemüht, dieselben von der Umgebung zu isolieren, wozu man freitransplantierte Faszienstücke, Fettlappen, Gefässstücke, aber auch besonders präparierte Kalbsarterien benutzte, in geeigneten Fällen sich auch damit half, die operierte Partie zwischen gesunde Muskelbäuche zu verlagern. Es ist viel darüber gestritten worden, welche Einhüllungsmethode die beste sei. Jetzt ist man in dieser Sache gleichgültiger geworden und hat eingesehen, dass im Prinzip die Einhüllung zu fordern ist, dass die Verlagerung zwischen Muskelbäuche und Muskellappen wohl die beste Methode ist, wenn nur ausführbar, dass in zweiter Reihe die freie Fettlappentransplantation und dann erst die Faszieneinhüllung kommt und dass am wenigsten die Einhüllung mit totem Material — mit den Foramittischen Kalbsarterien — zu empfehlen ist. Dass sowohl Fett-, als auch Faszienlappen hin und wieder Narbenbildungen geben können, ist durchaus möglich, obgleich ich niemals erlebt habe, dass z. B. Nervenschmerzen und Paresen, welche nach der Operation verschwunden waren, wiedergekehrt wären und daran Schrumpfung der Transplantate schuldig gewesen wäre.

Es gehört nicht in den Rahmen meines Referats, alle Methoden zu besprechen, womit man sich in den Fällen auszuhelfen sucht, wenn der Nervendefekt zu gross und direkte Nervennaht unmöglich ist. Ich bin im Ganzen 5 mal in diese Verlegenheit gekommen, wobei ich 2 mal mir damit half, dass ich in den Ulnarisdefekt ein gestieltes Stück des n. cutaneus brachii medialis hineintransplantierte und in 3 Fällen von Radialisdefekt und sehr starker Narbenbildung a priori von der Nervenoperation Abstand nahm und zur Sehnentransplantation schritt. Die Nerventransplantation ergab in 6 Monaten keinen Erfolg und was daraus späterhin wurde, weiss ich nicht. Die Sehnenoperation wurde in der Weise ausgeführt, dass die Sehne des m. flexor carpi ulnaris auf die Sehnen der mm. extensor digitorum communis und extensor pollic. longus transplantiert und dem m. flexor carpi radialis die Versorgung der mm. extensor pollicis brevis und abductor pollicis longus aufgetragen wurde, wobei die Extensorensehnen nicht durchschnitten, sondern durch entsprechende Schlingenbildungen verkürzt wurden, um die Hand in genügender Weise zu heben und dem Herabsinken derselben vorzubeugen. Ich muss sagen, dass die Resultate sehr befriedigende waren und man Perthes und Hass nur beipflichten kann, welche auffordern in den Fällen, wo die Nervennaht keinen oder nur ungenügenden Erfolg verspricht, a priori zur Sehnentransplantation zn schreiten. Ich glaube, dass die Extensorensehnenverkürzung und sorgfältige und breite Fixierung der Kraftspendersehnen an den undurchtrennten Kraftnehmern zur

Genüge dem späteren Herabsinken der Hand auch ohne Perthes'sche Tenodese vorbeugt.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass unter den rnssischen Verhältnissen im Anfang des Weltkrieges gut genährt, liebevoll gepflegt, aber nicht selten allzu lange immobilisiert wurde, dass man aber der Aktivierung der Muskeln und Gelenke und den plastischen Operationen viel zu wenig Aufmerksamkeit schenkte. Anders war es, so weit ich die Dinge überschaue, mit den Verwundeten der lettischen und estnischen Truppen während der Befreiungskriege. Und dennoch giebt es auch jetzt noch genügend Arbeitsunfähige, welchen plastische Operationen helfen können, und es ist unsere Pflicht, das Versäumte nach Möglichkeit einzuholen.

Läbirääkimised. Diskussion.

Krause hat öfters wegen motorischen und sensiblen Ausfallerscheinungen Nerven genäht und neurolysiert (Schussverletzungen). Die Nervennaht ergab recht klägliche Resultate, namentlich beim Ischiadikus (0 % Erfolg). Auch von 5 Radialisnähten nur einmal partiellen Erfolg gesehen, daher wendet Krause mit Erfolg die Sehnenverlagerung — namentlich nach der Methode Stoffel an, deren Dauerresultate sehr gute sind.

Etzold: Die Degeneration der Axenzylinder peripher von der Verletzung ist unausbleiblich. Eine Regeneration derselben aus Zellen der Schwannschen Scheide ist nicht nachgewiesen, und auch nicht anzunehmen, da der Axenzylinder als Zellfortsatz einer Ganglienzelle dem Ektoderm entstammt, die Schwannsche Scheide aber dem Mesoderm. Die Regeneration des verletzten Nerven geht vom zentralen Stumpfe aus; je weiter die Verletzung von dem von Nerven regierten Endorgane (Muskeln, Tastkörperchen etc.) entfernt ist, desto längere Zeit brauchen die neuen Fasern um die gedachten Organe zu erreichen, desto geringer ist die Aussicht, dass sie diese Organe überhaupt erreichen.

Alksnis: Die Vorgänge bei der Nervenregeneration, wie sie von Bethe und Spielmeyer geschildert werden, erscheinen uns augenblicklich wirklich unverständlich, aber sie fordern zur Nachprüfung auf. Wenn sie sich bewahrheiten sollten, so gewinnen sie grosse Bedeutung zur Erklärung der Möglichkeiten, wie der Kontakt der neugebildeten Axenzylinder mit den entsprechenden Muskelfasern zustande kommt, ohne funktionelle Konfusion zu erzeugen.

Sehr gute Resultate gibt die Sehnenplastik bei Radialislähmung und man sollte sich mehr dieser Operation zuwenden.

*

63) Dr. Hedwig Buch-Halila (Finnland): **Ueber die Bronchialdrüsentuberkulose.**

Die Bronchialdrüsentuberkulose hat wegen ihrer grossen Bedeutung für die wichtigsten Erkrankungen des Kindesalters über ein Jahrhundert schon viel Aufmerksamkeit auf sich gelenkt, und die Literatur über dieselbe dürfte schon allein eine Bibliothek ausfüllen.

Es sieht aus, als stände die Zahl der Publikationen im umgekehrten Verhältnis zur Sicherheit der Diagnose, denn sieht man die Literatur durch, so kommt man zu dem niederdrückenden Ergebnis, dass die sicherste Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose meistens doch nur eine Wahrscheinlichkeits-

diagnose bleibt. Daher sind denn auch alle erdenklichen Untersuchungsmethoden herangezogen worden, um diese Wahrscheinlichkeit der Sicherheit so nahe als möglich zu bringen.

Anatomisch sind die in Rede stehenden Drüsen in mannigfacher Weise eingeteilt worden: Trachealdrüsen längs der Trachea am unteren Ende derselben, Bronchialdrüsen, die grösseren hauptsächlich um die Teilungsstelle der Trachea und um die Bronchien, kleinere, etwa linsengrosse, in grosser Zahl im Lungengewebe selbst (deutlicher wäre die Einteilung in tracheo-bronchiale, broncho-pulmonale im Hilus, sowie pulmonale Drüsen), ferner interkostale auf der Vorderfläche der Wirbelkörper sowie vor den Rippenköpfchen und schliesslich mediastinale — die hinteren längs Aorta und Oesophagus, die vorderen vor dem Arcus Aortae, den Venae anonymae und dem Pericard.

Darüber, wie die Infektion zustande kommt, herrscht noch keine Einigkeit, ich möchte mich aber Ghon, Küss, Albrecht u. a. anschliessen, die einen primären Lungenherd infolge von Inhalationsinfektion annehmen. Das auf Tausende von Fällen sich belaufende Sektionsmaterial, worauf sich diese Verfasser stützen können, ergab immer einen primären kleinen Herd auf der schwerer erkrankten Seite und meistens im Unterlappen, was meines Erachtens ein fast sicherer Beweis für diese Theorie ist. Deswegen braucht in manchen Fällen, besonders wo es Hals- bezw. Trachealdrüsen betrifft, eine direkte Einwanderung der Keime durch die Mandeln oder die Schleimhaut nicht ausgeschlossen zu sein. Nach Ghon und Küss entspricht die Erkrankung der Lungendrüsen der Lymphdrüsenerkrankung bei experimenteller primärer Impftuberkulose der Meerschweinchen: ein kleiner, hald abheilender primärer Herd mit Anschwellung der regionären Lymphdrüsen. Es ist dies eine engere Bestätigung des schon 1876 von Parrot aufgestellten Gesetzes, dass keinerlei Erkrankungen in einer kindlichen Lunge vorkämen ohne gleichzeitige Erkrankung der regionären Lymphdrüsen. Danach wanderte das Virus aus tiefer im Parenchym gelegenen Primärherden zu den pulmonalen Drüsen, aus oberflächlicheren näher unter der Pleura gelegenen dagegen subpleurat zu den bronchopulmonalen — den eigentlichen Hilusdrüsen. Hier mache die Infektion bei Kindern selten Halt, sondern greife meist noch auf die tracheo-bronchialen sowie die mediastinalen Drüsen über. Auch komme eine retrograde Infektion bis zu den Mesenterialdrüsen vor. Meistens bleibe aber die Infektion bei den Mediastinaldrüsen stehen, welche oft eine ansehnliche Grösse annehmen können.

Kommen wir nun zu der Symptomatologie, so können wir primäre und sekundäre Symptome unterscheiden. Den Nachweis primärer Symptome — vergrösserte Drüsen — wird nur durch Palpation oder Perkussion, event. Röntgenoskopie möglich sein. Zum Verständnis der indirekten Symptome muss man sich die Lage der Lymphdrüsen vergegenwärtigen. Sie füllen die Zwischenräume zwischen Herz, Lungen, Trachea und Bronchien, Aorta mit ihren ersten Zweigen sowie die Zuflüsse der Vena cava sup. aus; dazwischen verlaufen noch N. vagus, splanchnicus u. a. Nerven sowie die grossen Lymphstämme. Bei Anschwellung der Drüsen treten Druckerscheinungen zuerst an den nachgiebigsten Gebilden auf; das sind die Venen sowie bei kleinen Kindern die Bronchien. Findet man daher bei einem schwächlichen Kinde eine reichliche verstärkte Venenzeichnung auf einer oder beiden Seiten der Brust, meist auf dem Schlüsselbein und der zweiten bis dritten Rippe, so ist das ein

wichtiges Zeichen — kommt aber nicht häufig vor, ebenso wie Zyanose des Gesichts, Überfüllung der Gesicht- und Halsvenen usw. Kompression der Bronchien führt manchmal bei Säuglingen und Kindern bis zu 3 Jahren zu dem eindeutigen Zeichen des exspiratorischen Keuchens, „cornage expiratoire" der Franzosen, häufiger zu den bekannten, keuchhustenähnlichen Anfällen, die auch mit Sicherheit die Diagnose gestatten. Einige Verfasser geben auch einen inspiratorischen Stridor an; schliesslich erwähnen einige Verfasser asthmaähnliche Anfälle, die wohl auf kombinierter Wirkung des Drucks auf Bronchien sowie auf dem Vagus beruhen. Druck auf den Vagus und Recurrens kann Unregelmässigkeit des Pulses sowie Heiserkeit hervorrufen. Auf Druckerscheinungen sind schliesslich mitunter auch der trockene, anfallsweise auftretende Husten bei Erwachsenen sowie einseitiges starkes Schwitzen, worüber manchmal geklagt wird, zurückzuführen.

Durch Palpation wird man hin und wieder einmal vergrösserte Trachealdrüsen feststellen können — hauptsächlich hat aber die Palpation Wert, weil sie indirekt wichtige Aufschlüsse geben kann durch Nachweis vergrösserter Hals-, Mesenterial- und anderer Drüsen. Weil er nie an erreichbaren Stellen palpable Drüsen gesehen hat ohne gleichzeitig solche im Mediastinum zu finden, hält Baréty sich für berechtigt das Gesetz aufzustellen: sobald es geschwollene Drüsen am Halse, im Bauch, in der Achselhöhle oder Lendenberge gibt, gibt es deren anch im Mediastinum.... Leider kommt so häufig isolierte endothorakale Drüsentbk. vor, dass dieses Zeichen uns im Stich lässt; und aus jeder Perlenschnur von winzigen Drüschen am Halse eine Mediastinaldrüsentbk. zu diagnostizieren wäre denn doch etwas gewagt.

Da nun unendlich viele Fälle existieren ohne die geringsten äusserlich wahrnehmbaren Zeichen, so drängt es einen immer und immer wieder zu erforschen, ob nicht intrathorakale Erscheinungen irgendwelche Anhaltspunkte geben. So greift man immer wieder zur Perkussion und Auskultation.

Was nun die Perkussion betrifft, so liegt es schon an der Art der Methode, die grossen subjektiven Schwankungen unterliegt, dass hier die Meinungen am weitesten auseinandergehen. Es sind denn auch feinere und feinste Perkussionsunterschiede angegeben: verschiedene Höhe und Klangfarbe des Tones beim Beklopfen der Wirbelsäuledornfortsätze, allerhand leichtere und intensivere Schallverkürzungen im Interskapularraum usw. Bei angeschwollenen Trachealdrüsen lässt es sich denken, dass man bei leisester Perkussion des Manubrium sterni und angrenzender Rippenteile eine leise Mattigkeit des Tones unterscheiden könnte, wie Queneau de Mussy und Baréty angeben — die Drüsen liegen immerhin so nahe der Vorderfläche, dass sie vergrössert den Klopfton beeinflussen könnten; meistens sind aber nicht sie sondern die näher zur Wirbelsäule gelegenen Hilusdrüsen angegriffen. Nach Engel liegt nun der rechte Hilus näher zur Wirbelsäule und etwas höher, in der früheren Kindheit 1—2 cm, vom Pubertätsalter an etwa $1^1/_2$ Brustwirbel höher als der linke und ist rechts vom 5. an bezw. 6. Rippenansatz am Rücken, links vom 6. bezw. 8. an abwärts zu suchen.

Hier kann man bei leisester Perkussion manchmal Schallverkürzungen feststellen besonders in vorgeschrittenen Fällen, wo grosse Drüsenpakete mit dazwischen gelegenem infiltrierten oder komprimierten Lungengewebe verbacken sind, und besonders bei Kindern, wo die Rückenmuskulatur noch nicht

so entwickelt ist. Bei Erwachsenen dagegen durch die an diesen Stellen besonders kräftig entwickelte Rückenmuskulatur hindurch mit Ebsteinscher Tastperkussion auf vergrösserte Drüsen hindeutende Resistenzen zu konstatieren, wie es manche angeben, wird wohl einigen ganz besonders auserlesenen Geistern vorbehalten bleiben müssen. Jedenfalls ist ein Perkussionsbefund beweisend, wenn man einen deutlichen Unterschied in Intensität und Ausdehnung der Schallverkürzung auf beiden Seiten feststellen kann, besonders wenn sie links intensiver ist, während rechts doch immer eine kräftigere Muskulatur zu Täuschungen Anlass geben kann.

Etwas mehr Aufschlüsse als die Perkussion vermag die Auskultation zu geben, bei der man doch recht häufig Atemveränderungen hören kann. Teils verschärftes Atmen infolge von Kompression der Bronchien, teils bronchiales bis zu amphorischem „pseudokavernösen" infolge der durch die Drüsenschwellung verstärkten Schallleitung aus der Trachea bezw. den Hauptbronchien. Wenn sich etwas flüssiges Sekret darin befindet, kann direkt eine Kaverne mit groben klingenden Rasselgeräuschen vorgetäuscht werden, nur mit dem Unterscheidungsmerkmal, dass diese Erscheinungen zu dicht an der Wirbelsäule zu hören sind. Bei stark zurückgebeugtem Haupt soll man nach Eustace Smith über dem Manubrium sterni ein Venengeräusch hören können ähnlich dem Nonnensausen und beruhend darauf, dass die Trachea bei der Streckung mehr nach vorne tritt und so die um sie herum gelegenen Drüsen auf die Venae anonymae u. a. drücken könnten. Das Zeichen ist nicht konstant und auch nicht eindeutig — es kommt eben auch bei Anämie vor. Eine Erscheinung, die ich bei Kindern sehr oft beobachten konnte, bei Erwachsenen dagegen selten, ist ein deutlicher Unterschied im Atemgeräusch über einem ein bis zwei fingerbreiten Streifen zu einer oder beiden Seiten der Wirbelsäule abwärts vom Hilus; vermutlich beruht dieses auf Kompression eines geradeaus abwärts ziehenden Bronchialastes; da die Luftröhrenwandungen bei Erwachsenen starrer sind als bei Kindern, liesse sich das Fehlen der Erscheinung bei ersteren hieraus unschwer erklären.

Häufig hört man leises Knistern in der Hilusgegend oder am unteren Lungenrande, wohl auf leichte pleuritische Reizung zurückzuführen. — Schliesslich sei eines Symptoms gedacht, dass m. E. zu wenig beachtet wird, obgleich oft genug die Aufmerksamkeit darauf gelenkt worden ist: es ist das D'Espinesche Zeichen, d. h. Auskultation der Flüsterstimmenbronchonie über den Brustwirbeldornfortsätzen. Normal hört man es bei Kindern bis zum letzten Halswirbel, bei Erwachsenen oft bis zum 2.—3. Brustwirbel; bei Verdichtungen in der Hilusgegend, also mit besserer Schallleitung aus der Luftröhre, soll es aber weiter nach unten hörbar sein. Ich habe nun die Patienten der Viktoria-Luise Kinderheilstätte in Hohenlychen, welche hauptsächlich als an Bronchialdrüsentnberkulose leidend dahingeschickt werden, systematisch daraufhin untertucht, und habe das Zeichen in fast allen Fällen gefunden mit vereinzelten Ausnahmen, die blühend kräftige Kinder betrafen. Meistens liess es sich bis zum 4. und 5., sehr oft bis zum 6. Brustwirbel verfolgen; liess man beim Flüstern den Kopf kräftig an die Brust drücken, so wurde der Ton häufig höher und deutlicher und liess sich gewöhnlich noch 1 bis 3 Wirbel tiefer nach unten nachweisen.

Um einen Beweis für die Zuverlässigkeit des Zeichens zu bekommen,

prüfte ich dasselbe bei Erwachsenen nach, aus der Erwägung heraus, dass die Lungentuberkulose Erwachsener ein Rezidiv einer früher erworbenen (und überwundenen) Infektion sei, und dass, wenigstens bei einer gerade beginnenden Spitzenphtise, die Hilusdrüsen sich in einem gswissen Reiz- und Schwellungszustande befinden müssten. Darauf deutet meines Erachtens auch die in solchen Fällen häufig vorkommende Spinalgie des 3.—5. Brustwirbeldornfortsatzes hin, die gerade in den allerleichtesten Initialstadien fast regelmässig nachzuweisen ist, während sie in fortgeschritteneren Stadien verschwindet. In solchen Fällen konnte ich nun die Flüsterstimmenbronchophonie, allermeistens bis zum 4. oder 5. bezw. 6. oder 7. Brustwirbeldornfortsatz verfolgen, ebenso in Fällen mit Spitzen- und Hilusprozessen mit Rasselgeräuschen daselbst, wo man also eine Infiltration des den Hilus umgebenden Parenchyms annehmen durfte.

Schliesslich prüfte ich das Zeichen bei Gesunden, d. h. Leuten, die sich wegen Lebensversicherung oder aber als Angestellte der Lungenheilanstalt sicherheitshalber untersuchen liessen. Hier habe ich leider nur 20—30 Fälle zur Verfügung gehabt — immerhin war es frappant, dass sich das D'Espinesche Zeichen nur in denjenigen Fällen nachweisen liess, wo später auf Befragen über eine vorangegangene Pleuritis berichtet wurde, oder wo vergrösserte Halsdrüsen bezw. Narben nach solchen vorhanden waren. In Fällen ohne die geringsten Anhaltspunkte für irgend eine Erkrankung konnte man die Flüsterstimmenbronchophonie, wenn überhaupt, nur bis zum 1. oder 2. Brustwirbel verfolgen und sie wurde auch nicht durch maximale Beugung des Kopfes und Andrücken des Kinnes an die Brust deutlicher.

Wenn nun mein Material bisher klein war — gegen 100 Kinder und ebenso viele Erwachsene —, so giebt es doch immerhin einige Fingerzeige, dass es sich lohnen würde das Symptom weiter zu prüfen; nur erheischt es auch eine gewisse Erfahrung.

Um nun zu weiteren Anhaltspunkten zur Sicherung der Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose zu gelangen, so sind mit Entwicklung der klinischen Untersuchungsmethoden auch alle neueren Hilfsmittel hinzugezogen. Zuerst die wichtigste, die Röntgenuntersuchung. Wenn manche Verfasser schon am Schirme pathologische Verdichtungen des Hilusschattens nachweisen wollen, so bestreiten andere die Möglichkeit und geben an, nur auf besonders scharfen Platten lasse sich die Diagnose mit einiger Sicherheit stellen. Es ist zum mindesten nicht geeignet das Zutrauen zu einer Methode zu steigern, wenn man in derselben Nummer eines Journals unmittelbar hintereinander zwei Aufsätze findet, in deren einem die Röntgendiagnostik enthusiastisch als die einzig wahre und sichere gepriesen wird, während im anderen erklärt wird, eine sichere Diagnose sei ziemlich unmöglich und um auch eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen, habe man zum mindesten eine sehr grosse Erfahrung nötig. Unzweifelhaft wird man aber immerhin oft besonders bronchopulmonale Drüsenerkrankungen diagnostizieren können, da die Drüsen tiefer im Lungengewebe liegen und also nicht im Mittelschatten verschwinden. Die Möglichkeit Mediastinaldrüsentumoren durch schräge Strahlenrichtung zur Darstellung zu bringen wird von einigen Röntgenologen behauptet, von anderen bestritten.

Von weiteren Untersuchungsmethoden, die angewandt wurden, seien noch der spezifischen, zytologischen sowie schliesslich der in den letzten Jahren angewandten direkten Bronchoskopie gedacht.

Die verschiedenen Kutanen und anderen Tuberkulinproben, auch die Immunitätsanalyse nach Deycke-Much, werden bei Kindern einen gewissen Aufschluss über die Art der Erkrankung geben, beim Erwachsenen aber keinen Beweis liefern. Dagegen scheinen mir theoretisch einleuchtend die Resultate, zu denen E. Schulz mit seinen Untersuchungen des Lymphozytengehaltes des Blutes vor und nach Injektion von kleinsten Dosen Tuberkulin gekommen ist. Schulz fand bei Pat., die der Hilusdrüsentbk. verdächtig waren und bei denen alle Symptome darauf hinwiesen, einen ungewöhnlich hohen Lymphozytengehalt des Blutes, den er auf den Reizzustand der Lymphdrüsen zurückführt. Ist nun eine Drüse aktiv erkrankt, so wird durch minimalste Tuberkulindosen, z. B. ein millionstel Milligramm, ein spezifischer Reiz in den erkrankten Teilen hervorgerufen, wodurch noch mehr Lymphozyten ins Blut geschwemmt werden. Schulz fand in solchen Fällen die Verhältniszahlen der Neutrophilen zu Lymphozyten bis 50 % zu 40 % gegenüber den normalen 65—70 % zu 22—25 %; nach Tuberkulininjektion konnte er bis 50 % Lymphozyten feststellen. Das Resultat kann verdeckt werden durch zu grosse Tuberkulingaben, welche einen allgemeinen Reiz mit neutrophiler Leukozytose hervorrufen.

Erübrigt sich noch die durch die Tracheo- bezw. Bronchoskopie gewonnenen Resultate zu erwähnen. Drüsentumoren innerhalb der Bifurkation werden sich durch Verbreitung des Sporns zwischen beiden Bronchien zu erkennen geben. Bei Drüsenschwellungen entlang dem Tracheobronchialbaum finden sich bei Kindern oft meist zirkumskripte Vorwölbungen von glatter Oberfläche mit oder ohne Reizung der Schleimhaut. Bei ausgedehnten Drüsenschwellungeu kann eine doppelseitige und ringförmige Strickturentwicklung stattfinden; eine besonders bevorzugte Lokalisation ist nicht nachgewiesen worden; bei kleinen Kindern ist auch Durchbruch käsig vereiterter Drüsen in die Luftröhrenverzweigungen beobachtet worden.

Resümiren wir das Gesagte, so ist eine Diagnose um so leichter, je jünger der Pat. ist, also je intensiver die sekundären Erscheinungen zutage treten. Ein blasses schwächliches Kind bis zu drei Jahren also mit leichtem Fieber, bellendem Husten oder exspiratorischem Keuchen, mit Venenzeichnung auf Brust ev. Rücken und mit positivem Pirquet wird immer ziemlich sicher als am Bronchialdrüsentbk. erkrankt angesehen werden, auch wenn das eine oder andere Symptom fehlt. Schwieriger ist's bei grösseren Kindern und Erwachsenen. Findet man bei oft stark beeinträchtigtem Allgemeinbefinden mit Mattigkeit und nagendem Schmerz zwischen den Schulterblättern und womöglich trockenem Reizhusten fast keinen besonderen Lungenbefund, aber Spuren von geschwollenen Halsdrüsen — treten dann dazu leichte Schallverkürzung über Hilusgegend oder erstem und zweiten Sternoklavikulargelenk mit mehr oder weniger auffallenden Atemveränderungen über denselben Stellen und unterhalb des Hilus, sowie Klopf- oder Druckschmerz der 2—4 Brustwirbeldornfortsätze und eine bis zum 4. oder 5. Brustwirbeldornfortsatz deutliche Flüsterstimmenbronchophonie, so wird man seiner Diagnose immerhin einigermassen sicher sein; zumal wenn der Patient monatelang leicht fiebert. Pirquet und Immunitätsanalyse können dabei sehr intensiv, können aber auch ganz schwach sein. Röntgenplatte und Blutuntersuchung können dann eine Bestätigung bringen; Bronchoskopie wird wohl den Kliniken vorbehalten bleiben müssen.

Was nun die Behandlung betrifft, so wird sie vor allen Dingen in allgemein roborierender bestehen, bei Fieber in Bettruhe. Jodeisen wird gute Dienste tun, ebenso leichter Hautreiz bestehend in Schmierseifeneinreibung oder Salzbädern. Das wichtigste aber, was geradezu Wunder bewirken kann, sind Sonnenbäder. Auch hier im Norden hat die Sommersonne vom März an so viel Wirkung, dass man mit kleinsten Mengen Sonnenlicht anfangen muss. Man kann da auf die verschiedenste Weise vorgehen: entweder, und das ist das vorsichtigste, nach Rolliers Prinzip, indem man von den Füssen anfangend ganz allmählich im Laufe von 10—20 Tagen den übrigen Körper der Sonne zugängig macht, oder man fängt einfach mit einer Minute ganz Besonnung an und gibt jeden Tag etwas zu. Die Enddosierung soll dieselbe sein: 5—6 Stunden Sonnenbad täglich, wenn möglich noch mehr. Kinder gewöhnen sich sehr schnell daran und fühlen sich unendlich behaglich mit ihrem schwarzbraunen Pigmentbezug als einzige Bekleidung. Solarien für schwächliche Kinder kann man in jedem Privatgarten haben und jeder kleinste Ort könnte so ohne viel Unkosten sein kleines Sommersanatorium für Kinder einrichten. Auch für Erwachsene liesse sich das einrichten, da wäre aber mehr ärztliche Ueberwachung nötig, weil man bei Erwachsenen doch nie vor einem zentralen Lungenherd mit eventueller Blutungsgefahr sicher ist.

Bei monatelangem hartnäckigen Fieber sieht man dasselbe oft in wenigen Wochen bei Tuberkulin — oder lieber noch — Partigeninjektionen verschwinden. Obgleich die Wirkung des Alt-Tuberkulins bezw. jedes beliebigen Tuberkulins und die der NTbk oder event. der einzelnen Partialantigene im grossen und ganzen ziemlich dieselbe ist, hat man doch das Gefühl, mit den Partigenen sicherer zu gehen, weil sie in ihrer Wirkung nicht so heftig sind und man ausserdem an der Immunitätsanalyse eine gewisse Kontrolle hat.

In den letzten Jahren ist als spezielle Behandlungsmethode noch die Röntgentiefenbestrahlung eingeführt worden. In der Hand des Geübten soll sie eine direkt zauberhafte Wirkung haben: fast mit einem Schlage Verschwinden alle Reizsymptome und darauffolgendes Aufblühen des Patienten. Es ist aber eben eher eine Tiefenbestrahlung mit allen Gefahren einer solchen! Darum muss mit Technik und Dosierung sehr genau vertraut sein, wer mit ihr beginnt. Und doch mehren sich die Erfahrungen, dass es nicht mit dem obligatorischen „Röntgenkaten“ nach der Bestrahlung abgetan ist, sondern dass im Gefolge einer Tiefenbestrahlung eine Miliar- oder Meningealtuberkulose auftreten kann, oder zum mindesten eine Aussaat in das umgebende Lungengewebe stattfindet. Es ist eben die alte Tatsache, dass alle wirklich wirksamen Mittel zweischneidige Schwerter sind. Daher ist es Aufgabe der Forschung, sie nur ihre nützlichen Eigenschaften zur Entfaltung bringen zu lassen und die Wirkung der schädlichen so viel als möglich aufzuheben.

Läbirääkimised. Diskussion.

Luiga: Der Vortrag ist besonders zu begrüssen vom neurologischen Standpunkt. Die Priorität der Erkrankungen der Lymphdrüsen bei Spitzenkatarrhen der Lunge lässt sich neurologisch feststellen, da das Lymphdrüsengeflecht eng durchflochten ist vom Sympathikussystem und mittelbar auch von entsprechenden Spinalnerven. Durch Veränderungen der Lymphdrüsen werden entsprechende Nerven alteriert, was man feststellen kann durch Sensibilitäts-

befund. Die sogen. gastrischen, „nervösen“ Fieber, sehr viele Fälle von „trockener“ Pleuritis und Interkostalneuralgien lassen sich leicht und mit Recht zurückführen auf eine Schwellung im entsprechenden Lymphdrüsensystem und sind als solche zu diagnostizieren und zu behandeln.

Fischer: Okkulte Fiebererscheinungen sollten uns jedenfalls immer an Tuberkulose denken lassen und sollen uns Veranlassung geben — falls keine anderen Ursachen für die Fiebererscheinungen nachzuweisen sind — unser Handeln dementsprechend einzurichten.

Masing: Ich habe den Eindruck, dass die Bronchialdrüsentuberkulose nicht zu selten, sondern zu häufig diagnostiziert wird. Sie fusst in praxi oft auf dem Vorhandensein eines sonst unerklärlichen Fiebers und gewissen Flecken auf der Röntgenplatte in der Hilusgegend. Wenn in solchen Fällen stets Tuberkulose diagnostiziert wird, so ist das ein Schlag ins Wasser. Tuberkulös im weitesten Sinne sind allerdings die meisten von diesen, aber nicht aktiv tuberkulös. Manche von ihnen haben leichte Thyreotoxicosen, andere sind nervös und haben eine „physiologisch“ übernormale Temperatur mit geringen Tagesschwankungen; weder die einen noch die anderen brauchen auf Tuberkulin zu reagieren. Wenn man solche Kranke liegen lässt, so werden sie oft nicht besser, sondern schlechter; bei gewöhnlicher Tagesarbeit wird die Temperatur auch nicht höher. Solche Kranke als Bronchialdrüsentuberkulose zu behandeln, hat meines Erachtens keinen Sinn. Dass es daneben wirkliche bedeutungsvolle Tuberkulose der Bronchialdrüsen giebt, die von der Vortragenden geschildert worden ist, will ich selbstredend nicht bestreiten.

Rothberg: Die Vortragende betonte, dass die Röntgendiagnostik bei der Bronchialdrüsentuberkulose verschieden beurteilt wird. In den Fällen, die sich auf das Kindesalter beziehen — und da die Tuberkulosis ja bekanntlich in erster Linie eine Kinderkrankheit ist, weil die erste Infektion mit Tbc. grösstenteils im Kindesalter stattfindet — spielt sie entschieden eine grosse Rolle, sie erleichtert und ermöglicht uns in einer grossen Reihe von Fällen die Diagnose. Wenn hier von Prof. Masing die Ansicht vertreten wurde, dass recht häufig unklare Fieberzustände auf Tbc. bezogen werden, die nichts mit Tbc. zu tun haben, so möchte ich umgekehrt betonen, dass vielleicht noch viel häufiger typhöse und andere Krankheitszustände diagnostiziert werden, wo Bronchialdrüsentuberkulose vorliegt. — Jedenfalls muss der Bronchialdrüsentuberkulose eine grosse praktische Bedeutung beigemessen werden.

Buch: Als Vervollständigung sei hervorgehoben, dass z. B. die Magenbeschwerden, die auf Chlorose zurückgeführt werden, oft als Vorläufer einer manifesten Lungenphtise auftreten und in letzterem Falle auf Druck des Sympathikus durch vergrösserte Drüsen zurückzuführen sind.

*

64) Prof. Dr. A. Ucke-Dorpat: **Zur Lösung des Entzündungsproblems.**

Die letzten Jahrzehnte haben wie in andern Disziplinen, so auch in der Pathologie eine Fülle von Tatsachen angehäuft, die alte Fragen erneut zur Diskussion stellen und dazu angetan sind Umgestaltungen bisher vertretener Ansichten herbeizuführen.

Die Entzündungsfrage, so alt wie die Medizin, stand seit Galen so fest gefügt, dass zu ihrem Wesen kaum etwas hinzuzufügen zu sein schien, und doch ist sie es gerade, die in letzter Zeit zum Gegenstande heisser Kämpfe

geworden ist und dazu geführt hat, die Meinungen weiter denn je zu entzweien; Aschoff sagt geradezu: inbezug auf die Entzündung habe jeder Pathologe sein eigenes Glaubensbekenntnis.

Die ursprünglich so wahr beobachteten Erscheinungen der Röte, Hitze und Schwellung sind auf ihre Herkunft geprüft und der besseren Erkenntnis gemäss erklärt worden. Statt aber auf die weitere Erforschung von Ursache und Wirkung einzugehen, wurden alle möglichen Folgen und Begleiterscheinungen als zur Entzündung unbedingt zugehörig aufgefasst und der Prozess, wie die beobachteten Veränderungen, einem in allen Vorgängen herrschenden Prinzip der Zweckmässigkeit untergeordnet, womöglich den Zellen ein selbständiges Wollen und Handeln vindiziert. Dass ein derartiges Vorgehen auf Irrwege zu führen imstande ist, hatte schon vor bald hundert Jahren George Andral empfunden, indem er seine pathologische Anatomie im Jahre 1829/30 ohne den Gebrauch des Entzündungsbegriffs schrieb. Dieser Vorstoss blieb jedoch ohne Nachfolge; im Gegenteil wurde von Virchow und seinen Schülern dem Prozess eine ins genaueste Detail ausgeführte Unterlage gegeben. Erst im Jahre 1886 machte Thoma einen neuen Versuch den Entzündungsbegriff, als in der Pathologie überflüssig, hinzustellen, da seine Grenzen mit der Zeit so weitgehende geworden waren, dass man statt Entzündung füglich überall auch „Krankheit" setzen könne. Allein auch dieser Vorschlag blieb nicht nur ohne Erfolg, sondern fast ohne Beachtung. Nun haben sich wiederum Stimmen erhoben, die die Entzündung zum alten Eisen geworfen haben möchten. Zumal unter den Neuropathologen scheint sich die Erkenntnis bahnzubrechen, dass in ihrem Spezialgebiet man ohne Entzündung ganz gut auskommen kann. So sagt Nissl: „Meines Erachtens würde die pathologische Anatomie in ihren Grundfesten nicht erschüttert werden, wenn man den Entzündungsbegriff, so wie er heute gebraucht wird, kurzerhand ausmerzte".

Die letzte Anregung in dieser Richtung ist in diesem Jahre von Seiten eines Pathologen von Fach erfolgt, der den Vorgängen bei der sog. Entzündung auf den Grund zu gehen versucht und durch Klarstellung von Ursache und Wirkung jegliches teleologische Moment ausschaltet. Schon vor einem Jahrzehnt ist Natus auf Veranlassung von G Ricker dem Studium der Kreislaufstörungen im peripheren Gefässgebiet am lebenden Tiere nähergetreten und im weiteren Verfolg dieser Arbeiten ist Ricker mit seinen Mitarbeitern zu Resultaten gekommen, die sowohl die Kreislaufstörungen, wie alle damit im Zusammenhange stehenden Veränderungen im Gewebe in ein neues Licht rücken.

Er geht von der bereits im Jahre 1882 von Kühne und Lea festgestellten Tatsache aus, dass die kleinsten Blutgefässe eines Drüsenläppchens des Pankreas nicht fortwährend von einem gleichbleibenden Strom von Blut durchspült werden, sondern, dass in diesem Gefässgebiete ein beständiger Wechsel von Blutfülle und Blutleere statthat. Ein regelmässiges Alternieren disser Phasen in benachbarten kleineren oder grösseren Gefässgebieten gewährleistet ein gleichmässiges Abströmen aus den zuführenden grösseren Gefässzweigen. Ausserdem ist aber die Funktion der Drüsenzellen in vollster Abhängigkeit von diesen Phasen, insofern, als während der Blutfülle die Zellen sezernieren, während der Blutleere aber das Sekret vorbereiten. Der Vorgang ist ohne weiteres klar, wenn man bedenkt, dass im erweiterten

Kapillargefässe die Wand gedehnt und somit die so oder anders zu denkenden Poren weit offen sind. Dadurch findet ein Austritt von Flüssigkeit aus dem Gefäss ins umgebende Gewebe und durch die Zelle hindurch statt: durch diesen Strom wird das vorbereitete Sekret herausgespült und, während der Verengerung durch den Schluss der Poren, der Zelle die Ruhepause zur chemischen Arbeit gegönnt. Dabei absorbiert die Zelle aus dem durchgehenden Strom die Elemente, die sie für ihre Funktion nötig hat.

Es liegt auf der Hand diese phasenweise Versorgung der Drüsen mit den ihr zur Funktion notwendigen Stoffen auch auf alle übrigen Gewebe des tierischen Körpers auszudehnen, denn auf dem Gebiete der Ernährung und Versorgung mit Blut kann in der Dignität der Gewebe kein Unterschied gemacht werden.

Sehen wir diese Tatsache als feststehend an, so fragt es sich, welchen Organen regelmässige Durchführung dieses Spiels von Blutfülle und -leere anvertraut ist.

Es ist ohne weiteres klar, dass eine derartige Funktion nur von einem automatisch wirkenden System geleistet werden kann und ist es ja auch schon lange festgestellt, dass die Muskelhäute der Gefässe dem ausschliesslichen Einfluss der sympathischen Nerven unterstellt sind. Die als Vasokonstriktoren und -dilatatoren seit lange bekannten und anerkannten Nerven greifen, soweit die ersteren in Betracht kommen, an der zur Achse der Gefässe quergestellten Muscularis an, wo jedoch der Angriffspunkt der Dilatatoren zu denken ist, ist bisher noch nicht geklärt. (Der Verwendung der Muskellängsfaserlagen steht, abgesehen von der nicht klar darliegenden Wirkungsweise, auch der Umstand im Wege, dass dieselben bei weitem nicht bei allen Gefässen nachgewiesen sind.) — Die Anregung für den ganzen Vorgang physiologisch geht aus von den normalen Reizen in Form von Nahrungsaufnahme der tätigen Drüsen und sonstigen hormonalen Wirkungen. Noch eine der Lösung harrende Frage ist hier, auf welchem Wege die unzweifelhaft vorkommende Kontraktion und Dilatation der Kapillaren vor sich geht, die doch fraglos der Muskulatur ermangeln?

Beim Studium der verschiedensten Reize in vielfach abgestuften Konzentrationen gelang es nun Ricker gewisse Gesetze festzustellen, denen die Gefässe durch Vermittelung ihrer Nerven gehorchen. Seine Beobachtungen beziehen sich auf den Kreislauf am Pankreas, Mesenterium, Ohr und der Cornea des lebenden Kaninchens. — Er stellte dabei fest, dass in der Wirkung zwischen schwachen, mittelstarken und starken Reizen zu unterscheiden ist. Weiter ist als feststehend zu betrachten, dass die Dilatatoren durch schwache Reize leichter erregbar sind, dagegen schwerer der Lähmung unterliegen. Zur Erregung der Konstriktoren bedarf es mittlerer Reize, während starke Reize dieselben lähmen, bei gleichzeitiger Erregung der Dilatatoren.

Was den Wirkungsbezirk der Reize betrifft, so walten dabei Gesetze, die von fundamentaler Bedeutung für das Zustandekommen einer Reihe pathologischer Prozesse sind. Während schwache Reize nur lokale Wirkung in Gestalt einer Erweiterung der kleinen Gefässe haben, setzt sich der starke Reiz am Gefässbaum zentripetal fort, indem er mit der Entfernung an Stärke abnimmt und daher fortgesetzt als mittelstarker und schwacher Reiz zur Geltung kommt. Der schwache Reiz erscheint somit als Erweiterung des physiologischen und bringt durch Dilatatorenwirkung eine Erweiterung des Gefässgebietes mit Be-

schleunigung des Blutstroms mit sich, wie das täglich auf psychischer Grundlage beim Erröten zu beobachten ist. Als schnell vorübergehendes Phänomen hat es keinerlei Veränderung im Gewebe im Gefolge. — Ein mittlerer Reiz bringt durch Erregung der Konstriktoren eine Verengerung der Arterien und Kapillaren und eine Verlangsamung des Blutstroms in denselben mit sich. Mit dem Aufhören der Konstriktorenwirkung tritt Erweiterung mit Strombeschleunigung durch Dilatatorenwirkung ein. — Ein stärkerer Reiz bringt die Arterie zum Verschluss mit Stillstand im Venenstrom und Stase, wiederum gefolgt von Erweiterung und Strombeschleunigung. — Der starke Reiz endlich ist gefolgt von Lähmung der Konstriktoren bei Erweiterung des Strombettes und Beschleunigung des Stromes, welch letztere aber zum Stillstande gebracht wird dadurch, dass derselbe Reiz als von mittlerer Stärke auf das nächste Segment der Arterie, nicht der Vene, wirkt und die Konstriktoren hier den Verschluss der Arterie herbeiführen. So entsteht in dem zur Arterie gehörigen Gebiet Stromverlangsamung und Stase.

Nach der Erkenntnis des gesetzmässigen Zusammenhanges zwischen Reizstärke, Bahnweite und Stromgeschwindigkeit, ist von Wichtigkeit festzustellen, welche Folgen diese Kombinationen für den Inhalt der Gefässe haben. Wir sahen schon, dass bei erweiterter Bahn und beschleunigtem Strom ein vermehrter Durchtritt von Flüssigkeit durch die Kapillarwand stattfand. Bei Verlangsamung aber und, erst recht, bei der Stase findet kein Flüssigkeitsaustritt statt (wie man ja die Stase früher auf diesen Vorgang zurückführte), sondern das Aneinanderrücken der Erythrozyten ist auf ein Auspressen der Blutflüssigkeit allenfalls in der Richtung zur Vene aufzufassen. Dagegen kommt es beim Uebergang von der Beschleunigung zur Stase kurz vor dem Eintritt der letzteren zum Austritt von roten Blutkörperchen ins Gewebe: dabei treten die Erythrozyten nicht nur einzeln, sondern oft in unmittelbarer Reihenfolge in Strömen aus. Eine derartige Diapese soll auch beim Uebergang der Stase in langsame nnd beschleunigte Strömung eintreten. — Die Emigration der weissen Blutkörperchen, oder wie wir wohl besser sagen „die Leucodiapedese“ ist ja an eine Verlangsamung des Stromes gebunden (Cohnheim). Aber nicht jede Verlangsamung des Stromes führt auch zum Austritt der weissen Zellen: es bedarf dazu einer „Umordnung“ des Inhalts, wobei die spezifisch leichteren weissen in den langsam fliessenden Randstrom gedrängt werden. Dieser Vorgang ist von Thoma hinreichend geklärt und begründet.

Es ist bereits darauf aufmerksam gemacht worden, dass die Wirkung den Ort des starken Reizes weit überschreitet, doch ist auch noch besonders hervorzuheben, dass ein solcher Reiz auch bedeutend von seiner Wirkung überdauert wird. Daraus resultieren nachhaltige Folgen für die Gewebe, deren Erklärung uns bisher vielfach vollkommen dunkel blieb, z. B. die Spätwirkungen nach Gehirnerschütterungen.

Die grosse Mehrzahl der Ursachen pathologischer Prozesse kommt von der Aussenwelt, doch bewirkt dieselbe in den seltensten Fällen unmittelbar eine Vernichtung des Lebens in Zellen oder Geweben. Meist tritt eine Schädigung auf dem Umwege über eine Störung der Blutzirkulation ein, welche nicht anders, wie vermittelst der sympathischen Nerven denkbar ist. Wie dieses physiologisch fein regulierte System auf grobe Reize reagiert, haben wir eben gesehen, doch können wir uns auch noch vergegenwärtigen, welche

Folgen aus dem Wechsel von Gefässweite, Strömungsgeschwindigkeit und den Druckdifferenzen für das versorgte Gewebe sich ergeben.

Ein schnell fliessender Strom in erweiterter Strombahn liefert dem Gewebe grosse Mengen Flüssigkeit, die das Gewebe in der Richtung zu den Anfängen der Lymphgefässe durchflutet und dasselbe mit Nährstoffen reichlich versorgt. Ist der Abfluss aus dem Quellgebiet der Lymphgefässe aus uns noch unerkannten Gründen behindert, so staut es sich und wir haben das Bild des Oedems. Bei freiem Abfluss jedoch und längerer Dauer kommt die Uebernährung durch erhöhte Gewebsbildung zum Ausdruck, die bald als Ueberproduktion von kleinen Zellen in der Adventitia, bald Neubildung von Bindegewebe oder Epithel in die Erscheinung tritt. Eine durchaus entgegengesetzte Wirkung hat die Hemmung des Blutstroms nach sich, die als höchster Grad lang anhaltende Stase mit sich bringt: hier tritt Schädigung ein mit Degeneration, Nekrobiose bis zum vollständigen Absterben des Gewebes und der Zelle. Anders liegen die Verhältnisse, wenn bei weiter Strombahn die Geschwindigkeit abnimmt: dann kommt es um Randstellung der Leukozyten und deren Auswanderung, deren Folgen in dem aus den leicht zerfallenden Leukozyten frei werdenden gewebslösenden Fermenten liegen und zur Schmelzung führen. An den besonderen Fall, dass der Flüssigkeitsstrom an die Oberfläche eines Hohlraums reicht, sei es Schleimhaut oder seröse Haut, muss auch der Durchtritt von besonders eiweissreicher oder fibrinhaltiger Flüssigkeit angeschlossen werden, über dessen Zustandekommen wir inbezug den ursächlichen Zusammenhang noch nicht klar sehen.

Die Diapedese der Erythrozyten schafft scheinbar keine weiteren Folgeerscheinungen, ausser, dass dieselben als Fremdkörper dem Zerfall und der Beseitigung unterliegen. Die ungeheuer mannigfachen Variationen der Formen von Degeneration bis zur Nekrose und der Proliferation bis zur elephantiastischen Wucherung und Tumorbildung sind aus den zahlreichen Möglichkeiten der Kombinationen von Dauer, Intensität der Störung und des Zusammenwirkens einer Reihe anderer Faktoren zu erklären, wie Spezifizität der Funktion, oder die Produkte sich entwickelnder oder absterbender Mikroorganismen. Zu betonen ist, dass diese letzteren nicht etwa im lebenden Gewebe zur Entwicklung gelangen, sondern nur in bereits geschädigten, abgestorbenen: einmal zum Wachstum gekommen, kommt ihr spezifischer Einfluss durch Vermittelung der abgeänderten Blutzirkulation auf das Gewebe zur Geltung, nicht aber etwa indem sie das Gewebe direkt abtöten, wie wir das bei starker Säure sehen, oder bei Einwirkung hoher Temperatur. Gerade die Verbrennungen zweiten Grades zeigen, wie geringfügig die unmittelbare Wirkung auf die Haut ist, und welche bedeutende Veränderungen in der Folge durch Zirkulationsstörungen in Form von Blasen zustande kommen. Die Epidermis, die durch eine Brandblase abgehoben wird, braucht nämlich durchaus nicht abgetötet zu sein und auf rein physikalischem Wege ist die Exsudation aus den Gefässen einfach nicht vorstellbar. Gerade dieses Beispiel, welches als Prototyp der Entzündung gelten kann, zeigt, wie eine einmalige Einwirkung von bedeutender Intensität eine Reihe von Vorgängen auslösen kann, die in ihrer Reihenfolge automatisch von Nervenregulierungen abhängig sind. Sie führen zwangsläufig zu Prozessen regressiver und progressiver Natur, denen ein Kriterium der Entzündung in keinerlei Weise anhaftet, die dagegen auch unter

andern Verhältnissen zustande kommen können, wenn in dem betreffenden Gefässgebiet die gleichen Abweichungen von der normalen Zirkulation mit den zugehörigen Störungen der Blutströmung wie Lymphströmung und ihren Folgen für das Gewebe einsetzen.

Bei der Analyse pathologischer Vorgänge, die wir unter dem Gesichtswinkel der Ricker'schen Auffassungen ausführen, werden wir Beziehungen finden, die uns bisher ganz unwahrscheinlich vorkommen mussten, und wenn auch in die Beobachtungen und Schlussfolgerungen Ricker's vielleicht noch manche Korrektur hereingebracht werden wird, so wird ihm das Verdienst bleiben, die alte Frage wieder aufgerollt zu haben. Dass seine Ideen Beachtung gefunden haben, erhellt daraus, dass kein Geringerer als Marchand in Leipzig in einer letzthin erschienenen ausführlichen Arbeit in eine eingehende Kritik seiner Auffassungen eingetreten ist.

Wir alle aber sollen uns, meine ich, des Wahlspruchs befleissigen: Prüfe Alles und behalte das Beste!

*

65) Prof. Dr. J. Miländer-Tartu: **Ektoopilise raskejalgsuse sümptomatoloogia.** (De la symptomatologie de la grossesse ectopienne.)

Väljaspool emakat raskejalgsuse küsimus on viimastel aastakümnetel eriteaduse ajakirjanduse veergudel mitmest küljest käsitud. Haiguse tundemärkide õpetus on õige tähtis, sest mida varem haigust ära tuntakse neist nähtustest, mis nii mõnikord haige elule juba varakult hädaohtlikud, seda kiiremalt peab abi andma. Need nähtused on aga ainult harva nii tormilised ja kiired, et haiguse pilt kahtlust ei ärata; sagedamine ilmuvad nad pikkamisi, raskendades nii diagnoosi. Oma endisel tööväljal oli mul võimalik enam kui 300 haiget raskejalgsusega väljaspool emakat ravitseda ja nendest lõikuse teel 284 haiget, mis 15% kõikidest minu lõikustest, kus kõhukoobas avatud sai, välja teeb. Seega, raskejalgsus väljaspool emakat on haigus, mis sagedasti ette tuleb ja enamiste ikka lõikuse-abi vajab.

Raskejalgsus väljaspool emakat annab ühes emakaga subjektiivseid ja objektiivseid tundemärke, mis kasvava loode äritusest kõigi naissuguelundite ja kogukeha pääle mõjuvad. Kas areneb loode emakas või väljaspool viimast (kõige sagedamine munajuhis), ikka suureneb ja pehmeneb emakas ja tekib tema limanahas sõelkest. Rinnanäärmetes tekib eelpiim ja suguelundite limanahas tulevad enam-vähem ilmsile vastavad muuted. Kui loode oma kasvuga väljaspool emakat on lõpule jõudnud ehk varem surnud, siis tekivad, nagu normaalse raskejalgsusegi puhul, sünnitusvalud, mis ühes väikese verejooksuga sõelkesta välja ajavad emakojast, kuna loode kõhukoopasse jääb.

Raskejalgsus väljaspool emakat, kui füsioloogiline seisukord patoloogo-anatoomilisel alusel, avaldab nähtusi, mida esialgselt raske ära tunda on harilikust raskejalgsusest, pärastpoole, loode kasvu rikkiminemisega, ilmub terve rida tundemärke, mis raskejalgsust väljaspool emakat oletada lubavad.

Tähele pannes, mille poolest haiged, kellel raskejalgsus väljaspool emakat, arstiabi otsima tulid, siis näeme, et mõnikord menstruatsiooni äraj ä ä m i s e tõttu, arsti poole pöördi, et teada saada, kas raskejalgsus olemas. Teine abiotsimise põhjus on v a l u d allkõhus. Kõige sagedamine aga tulevad haiged kaebtusega välise v e r e j o o k s u üle suguelunditest. Harvem kaebavad haiged

pöörituse ja minestuse üle, ehk jälle kutsutakse arsti äkilise kahvatuse, minestuse, koguni äkilise surma puhul.

Mis puutub menstruatsiooni ärajäämisse, siis leidsin oma materjaalist, et 12,3% haigetel seda ei olnud, küll ilmusid teised väljaspool emakat raskejalgsuse nähtused juba enne järgnevat menstruatsiooni. Seega raskejalgsuse õige varajasel perioodil 7—12-mal päeval.

Kõige sagedamine tulevad need nähtused ilmsile alles siis, kui juba üks menstruatsiooni periood on ära jäänud ja 1—3 nädalat veel üleselle on mööda läinud. 58,8 %-il neist juhtumisist ilmusid sellel ajal väljaspool emakat raskejalgsuse rikestuse nähtused. Kaks menstruatsiooni perioodi + 1—3 nädalat üleselle oli mööda läinud 22,5 % haigetel, enne kui loode kasvu rikkimineku nähtused ilmusid; kolm menstruatsiooni perioodi + 1—3 nädalat — 5,3 %; neli menstruatsiooni perioodi — 0,7 % ja viis kuni kaheksa perioodi — 1,4 % haigetel. Menstruatsiooni ärajäämine neil haigetel, kes enne korralikult raskejalgsed olnud ja sünnitanud olid, ei äratanud iseäralist tähelpanu, sest arvati ennast jälle korralikult raskejalgne olevat, kuna menstruatsiooni ärajäämine neil haigetel, kellel pikem sigimatuse aeg abielus palju üllatavam oli, sest arvati end ülepää mitte raskejalgseks jäävat; neil kordil peeti menstruatsiooni ärajäämist mõne haiguse põhjuseks.

Võrreldes normaalse ja väljaspool emakat raskejalgsuse esiletuleku aega, saame huvitava pildi; 18 haigel, kes esimest korda raskejalgseks jäid ja otsekohe väljaspool emakat, ilmus raskejalgsus läbistiku 6,2 abielu aasta järele; 60 haigel, kes enne juba sünnitanud, ja nimelt läbistiku 1,6 abielu aasta pärast, tuli teine raskejalgsus ja väljaspool emakat alles 7 aastat pärast seda esile. 42 haiget, kellel enne kaks normaalset raskejalgsust olnud (läbistiku 2,2 aasta jooksul), said raskejalgseks väljaspool emakat läbistiku 5,7 aasta pärast pääle viimast sünnitust. Sellest ajalisest vahekorrast normaalse ja väljaspool emakat raskejalgsuse saamisest annab pildi järgmine tabel:

Mitmes raskejalgsus	Haigete arv	Abielu aastad, kunas raskejalgsus tekkis	
		normaalne raskejalgsus	raskej. väljaspool emakat
0	18	—	6,2
I	60	1,6	7,0
II	42	2,2	5,7
III	50	2,1	5,7
IV	31	2,1	4,3
V	19	2,0	4,1
VI	24	1,8	4,2
VII	15	1,8	2,8
VIII	11	1,5	2,2
IX	4	1,6	2,6
X	5	1,4	3,1
XI	3	1,6	2,6
XII	2	1,5	4,0
	284	1,8	4,1

Sellest tabelist näeme, et haiged, kes esimest korda raskejalgseks jäid ja kohe väljaspool emakat, kõige pikema aja sigimata olnud; haigetel, kes üks kord enne raskejalgsed olnud, tarvitas teine raskejalgsuse — väljaspool emakat — ilmsiks tulek neli korda enam aega, kui esimese raskejalgsuse saamine. Kuna harilikult normaalsed raskejalgsused iga 1,5—2,2 aasta pärast ilmuvad, näeme, et raskejalgsus väljaspool emakat kahe kuni nelja võrra pikema aja pärast esile tuleb. Läbistiku tekkis minu haigete juures normaalne raskejalgsus 1,8 aasta pärast, raskejalgsus väljaspool emakat — 4,1 aasta pärast. Võib ütelda, mida vähem enne korralikke raskejalgsusi oli, seda pikem oli vaheaeg, kus raskejalgsus väljaspool emakat tekkis, ja ümberpöördult, mida enam enne sünnitusi olnud, seda vähem oli vaheaeg pääle viimast sünnitust, mille järele raskejalgsus väljaspool emakat tekkis. See asjaolu iseloomustab raskejalgsust väljaspool emakat ja oleneb neist *etioloogilistest momentidest*, mis viimast esile kutsub aluseks, andes ühtlasi näpunäiteid haiguse äratundmiseks.

Kaugelt suurem osa raskejalgsusi väljaspool emakat areneb *munajuhis* ja need nähtused, mis esimese arenemine munajuhis esile toob, leitakse neilgi harvematel juhtumistel, kus raskejalgsus väljaspool emakat teisel alal areneb. Sellepärast võib munajuhi-raskejalgsuse nähtusi julgesti üleüldistada.

Idu pesitumisega munajuhis on algusel *nähtused* ühelaadilised nendega, mis raskejalgsel emakalgi. Suurem verekuhjunemine kogu suguelundites on ärituse tagajärg, mida idu arenemine tekitab. Nagu idu kasvamine emaka koopas, nõnda ka munajuhis nõuab ruumi ja selle tõttu järgneb munajuhi suurenemine. Et aga idukasvu ärituse puhul munajuhis ka emakas suureneb ja pehmeneb, siis on järelekatsumise juures saadud väärtused relatiivsed. Munajuhi raskejalgsuse varased nähtused olenevad munajuhi anatoomilisest ehitusest ja topograafilisest asetusest.

Tähelepaneja haige kaebab juba varakult, 2—3 nädalat pääle raskejalgsuse tekkimist *valude* üle ühelpool allkõhus, (sääl, kus raskejalgsus arenenud). Et aga suuremal osal haigetel enne seesmiste suguelundite haigustega tegemist olnud, siis ei pane nad erilist rõhku valude pääle, arvates, et endine haigus on kordumas. Valutunne on vahel iseloomulik, iseäranis neil haigetel, kes enne on sünnitanud. Nad kaebavad perioodilise kokkutõmbevalu üle ühelpool allkõhus, mis ei ole suur ja kauakestev, aga ikka jälle uuesti ilmub. Need perioodilised valud tulevad munajuhi-lihaste kokkutõmbest (munajuhi sünnitusvalud) ja tulevad mõista kui munajuhi reaktsioon kasvava idu ärituse pääle munajuhis. Enam tähelepanu äratab tume valu allkõhus, mis oleneb suureneva ja raskeneva munajuhi rõhumisest vaagna erkude pääle. See valutunne on alaline ja suureneb pärasoole tühjendamisel.

Iseäranis kaebavad need haiged, kellel endised põletiku protsessid seesmistes suguelundites kokkukleepimised naabrusega kõhukelmes on järele jätnud. Suurenev munajuht kisub kokkukleepunud koed ja elundid pingule, mille tõttu tundeergustikku äritatakse. Kuid suurem osa vähem intelligent haigetest ei pane nendegi valude pääle suuremat rõhku ja tulevad abi otsima alles siis, kui munajuhis raskejalgsus juba rikestatud, s. o. kui loodepõis kas ruumi puudusel ehk oma arenemise tungil omast pesatuskohast lahkuma hakkab. Siis ilmub, ühes perioodiliste kokkutõmbe-valudega, äge ja litsuv valutunne allkõhus, mis oleneb verejooksust kõhukelme koopasse rikestatud

loodet ümbritsevate kestade veresoontest. Valude suurus oleneb munajuhi kokkutõmbe jõust, väljavoolanud verest tekitatud rõhu suurusest, ruumist, kuhu veri sattub, ajast, millal verejooks ilmub, verejooksu kiirusest ja kõhukelme seisukorrast. Äkki munajuhist väljapurskav veri ilma loode põieta ja täieliku ehk osalise loode väljatulekuga munajuhist, tekitab kangeid, tormilisi valusid allkõhus kuni nabani. Pikkamisi, väiksel mõõdul munajuhist veri äritab kõhukelmet vähem ja verehüübumisega tekib siin rõhutunne ristluu koopas. Vahetevahel munajuhist ilmuv veri teeb hookaupa valusid, mille suurus äraripuv on vere rohkusest ja laiali lagunemise võimalusest. Äkki munajahist ilmunud veri võib oma esialgse suure reaktsiooni tõttu ruttu resorbeeritud saada, kui loode ja kestad munajuhist kõhukoopasse on sattunud.

Sarnast täielikku munajuhi heidendit juhtub aga harva. Sagedamine jäävad loode ja kestad ühendusse munajuhi ôônsusega ja siis kestab verejooks munajuhis kestade vahele ja kestade sisse edasi, niisamuti ka kõhukelme koopasse. Verekogu litsumise tunne suureneb ja tekib tardunud veretombikogu — haematocele — sinna, kuhu veri oli voolanud ja oma raskuse tõttu vajunud — enamiste Douglasi-ruumi.

Veel oleks üht valude liiki nimetada, mis harvem ette tuleb, aga oma tähtsuse poolest kõige suuremat tähelpanu teenib. Korraga ilmuv kange pistevalu allkõhus ühes pääpööritusega, oksega, kahvatusega, virvendusega silmade ees, kohinaga kõrvades, minestusega ja meelemärkuse kaotamisega ehk ka otsekohese surmaga, on tundemärk munajuhi rebenemisest ja suurest seesmisest verejooksust. Kui need üldsed tormilised nähtused aegamööda kaovad ja haige paraneb, siis jääb järele rõhu- ja raskuse tunne allkõhus ja tume valu kestma senini, kuni uus verejooks rebenenud munajuhist ilmub ühes üldiste nähtustega. Nõnda annab valutunde iseloom juhtnööre, kas on haigel munajuhi heidend ehk rebenemine. Siin peab aga arvesse võtma asjaolu, et valutunne on subjektiivne omadus ja kannatuse võimest olenev.

Kõige sagedamine pööravad haiged arsti poole kaebtusega suguelunditest verejooksu üle, mis lühemat ehk pikemat aega on kestnud. Verejooks algab siis, kui loode kestad munajuhist lahutud ja ühes munajuhi lihaste kokkutõmbega ka emaka kokkutõmme algab; mille tõttu lahutakse ka paks, lõdev äralangev kest emakast ja avatakse veresooned. 10% haigetel tuleb sellejuures äralangev kest kas täiesti ehk osalt välja. Väline kui ka seesmine verejooks kõhukoopasse kestab niikaua, kuni munajuhis veel rikestatud loode oma kestadega ehk veretombiga asub. Kui aga esimene ühes kestadega munajuhist täiesti on lahkunud, siis kaob varsti väline ja seesmine verejooks ja meie leiame lõikuse juures kõhukoopas, kas soolte põlles eht soolte vahel, eraldud veretombi. Kui loode munajuhist lahkudes osalt ühendusse jääb viimasega oma kestade varal ja edasi areneb, siis kaob ka väline verejooks, mis tekkis loode munajuhis edasinihkumise ajal emaka kokkutõmbe läbi.

Kui meie nüüd küsime, kuidas ära tunda, kas on harilik abort, kus ka verejooks ja emaka kokkutõmme loode ja tema kestade väljaajamise puhul ilmuvad, ehk aga raskejalgsus väljaspool emakat, siis peame tähendama, et pääle harilikku aborti verejooks võib edasi kesta, kui kestade ehk platsenta osad on emaka koopasse jäänud, kuna valud kaovad. Väljaspool emakat raskejalgsuse juures aga kestavad valud edasi, sest ajast kus verejooks algas. Hariliku aborti juures kaob verejooks pääle emaka väljapuhastust varsti ära,

munajuhi raskejalgsuse juures ei aita see abinõu, verejooks kestab niikaua edasi, kuni munajuhis olemas loode kestad ehk veretomp. Seda näitavad need juhtumised, kus eksikombel väljakaapimine tehti. Ei aita ka hydrastise ja tunglatera-preparaadid.

Väline pikaline verejooks ja alaline valutunne allkõhus on munajuhi rikutud raskejalgsuse kliinilised nähtused.

Arvesse võttes kõiki anamnestilisi andmeid, mainitud kliinilisi nähtusi ja objektiivseid leidusi, võib ütelda, et raskejalgsust väljaspool emakat pole mitte raske ära tunda.

Resumé. Auf Grund von 284 Fällen von ectopischer Schwangerschaft, die auf operativem Wege beseitigt wurden, und die 15% aller Operationen, wo die Bauchhöhle eröffnet wurde, ausmachen, bespricht Verfasser die Symptomatologie der ectopischen Schwangerschaft. Dieselbe ist als physiologischer Zustand auf pathologisch-anatomischer Grundlage im Anfange schwer von der normalen Schwangerschaft zu unterscheiden, später aber beim Eintreten des Kapselbruches leicht. Die Kranken kommen zum Arzte um zu erfahren: 1) ob sie schwanger sind, weil die Menstruation nicht zur gewöhnlichen Zeit erschien, 2) weil Schmerzen im Unterleibe auftraten, 3) weil äussere Blutung zu unrechter Zeit eintrat oder länger als die Menstruation dauerte, 4) weil plötzlich Schmerzen und Ohnmachtsfälle auftraten. Bei 12,3% der Kranken war die Menstruation nicht ausgeblieben, sondern die Symptome der ectopischen Schwangerschaft traten vor oder während der zu erwartenden Menstruation auf. Bei 58,8% der Kranken traten die Symptome nach dem Sistieren einer Menstruationsperiode auf, bei 22,5% der Kranken nach dem Ausbleiben zweier Perioden, bei 5,3% der Kranken nach 3 Perioden, bei 0,7% der Kranken waren 4 Perioden ausgeblieben und bei 1,4% der Kranken mehr als 4 Perioden. Von 284 Kranken waren 18 Kranke zum ersten Male schwanger geworden und zwar ectopisch durchschnittlich nach 6,2 Jahren Ehelebens. 3 von diesen Kranken waren im ersten Jahre ectopisch schwanger geworden, die übrigen 15 Kranke aber durchschnittlich nach 9,2 Jahren Ehelebens. 60 Kranke waren einmal normal schwanger gewesen und zwar war die normale Schwangerschaft im Mittel nach 1,6 Jahren der Ehe eingetreten, während die zweite — ectopische Schwangerschaft im Mittel nach 7,0 Jahren nach der ersten Schwangerschaft auftrat. 42 Kranke hatten 2 normale Schwangerschaften im Mittel nach 2,2 Jahren gehabt, die dritte — ectopische trat durchschnittlich nach 5,7 Jahren nach der letzten Geburt ein. 50 Kranke hatten 3 normale Schwangerschaften durchschnittlich nach 2,1 Jahren, die vierte — ectopische aber durchschnittlich nach 5,6 Jahren nach der letzten Geburt. 31 Kranke hatten 4 Schwangerschaften im Mittel nach 2,1 Jahren gehabt, die fünfte — ectopische war im Mittel nach 4,3 Jahren nach der letzten Geburt eingetreten. Die übrigen Kranken mit fünf und mehr normalen früheren Schwangerschaften durchschnittlich nach 2,0—1,4 Jahren bekamen ectopische Gravidität durchschnittlich nach 4,2—2,2 Jahren nach der letzten Geburt. Je weniger normale Schwangerschaften vorausgegangen waren, desto länger war die Zwischenzeit, wonach die ectopische Schwangerschaft eintrat und umgekehrt, je mehr normale Schwangerschaften vorausgegangen waren, desto kürzer war die Zwischenzeit nach der letzten Geburt, wo die ectopische Schwangerschaft auftrat. Bei dem ungestörte

Verlaufe der tubären Gravidität klagte ein geringer Teil der Kranken auf dumpfe Schmerzen in der betreffenden Seite des Unterleibes und auf Tubenwehen, bei der gestörten tubären Gravidität ausser Schmerzempfindung auf längere Genitalblutung als Hauptsymptom der Erkrankung. Die Blutung dauerte oft Wochen und Monate lang, ehe sie in die Klinik kamen. Bei 5 Frauen war auswärts eine Ausschabung vorgenommen worden, ohne dass die Blutung sistierte. Heftige Schmerzanfälle waren meist mit Ohnmachtsanfällen und Chok begleitet. Geringe, kurze Zeit dauernde Genitalblutung trat auf bei Kranken, bei denen bei der Operation eine vollkommene Entleerung der Tube vom Inhalte zu konstatiren war. Die Genitalblutung fehlte bei der ungestörten und vorgerückten ectopischeu Schwangerschaft, wo die Tuben frisch waren. Längere Zeit andauernde Genitalblutung, beständige Schmerzempfindung und zunehmende Anaemie sind die charakterischen klinischen Symptome einer gestörten tubaren Gravidität. In 5% der Fälle wurde eine Ausstossung der Decidua beobachtet. Icterus war nicht selten zu finden, während Temperatursteigerung nur bei den mit Peritonitis auftretenden Fällen und bei der vereiterten Haematocele zú konstatieren war.

Läbirääkimised. Diskussion.

J. Kukk: Ref. poolt ettetoodud mõtetele tahaks juurde lisada, et on juhtumisi, kus valude tõttu alumises kehaosas siiski raske on väljaspool emakat olevat raskejalgsust kindlaks teha. Mul oli juhus, kus raskejalgne teadmises oli, et tal normaalne raskejalgsus on, seda tõendas suur emakas; ta tundis äkilist valu alumises kehaosas, ei läinud aga arstiabi otsima ja 24 tunni järele oli ta surnud. Lahtilõikusel selgus, et tal kahekordne raskejalgsus olnud, ja nimelt emakas, kui ka ühtlasi väljaspool emakat.

Fischer: Plötzlich auftretende Anämie, namentlich wenn vorher Schmerzen im Abdomen vorhanden waren, müssen uns bei Frauen immer an Extrauterigravidität denken lassen, selbst wenn die Frauen es nicht wissen, ob sie schwanger sind oder nicht.

Miländer: Äkilist surma seesmisest verejooksust raskejalgsuse puhul väljaspool emakat on kliinitsistil harva juhust näha, sest et need juhtumised lähevad kohtulik-arstlisele lõikusele. Raskejalgsust väljaspool emakat ühes normaalse raskejalgsusega on raske varakult ära tunda, sest siin on varajased raskejalgsuse nähtused täitsa ühised.

*

66) Prof. Dr. A. Lipschütz-Dorpat: **„Neue experimentelle Untersuchungen zur Frage der kompensatorischen Hypertrophie des Testikels“.**

Die Hypertrophie des zurückbleibenden Hodens nach einseitiger Kastration ist als eine „kompensatorische“ gedeutet worden, in dem Sinne, dass die vermehrten Ansprüche an die endokrine Funktion des Testikels eine Hypertrophie desselben hervorrufen. Da die Hypertrophie des Testikels vornehmlich auf einer Zunahme des Kanälchenvolums beruht, so ist diese Hypertrophie als ein Beweis dafür herangezogen worden, dass das generative Gewebe das innersekretorische Organ im Hoden ist. Diese Beweisführung ist jedoch hinfällig, denn es lässt sich experimentell zeigen, dass die Hypertrophie des generativen Gewebes keine kompensatorische im oben angegebenen Sinne ist. Schon kleinste Hodenstückchen können innersekretorisch die beiden Hoden quantitativ

ersetzen, wie durch eine ganze Reihe von Versuchen nachgewiesen werden konnte. Es ist jedoch noch dem Einwand zu begegnen, dass das kleine Volumen der Hodenfragmente nur vorgetäuscht sei durch die in denselben stattfindende Rückbildung der Kanälchen, die unter Umständen nur vorübergehender Natur ist. Die Hodenfragmente haben somit ein „potentielles" Volumen, dass grösser ist als ihr „aktuelles" Volumen. Es ist gelungen diesen Einwand experimentell zu widerlegen. Es liessen sich nämlich folgende Beziehungen ermitteln: 1) kleinste Hodenfragmente können zwei Hoden auch dann quantitativ ersetzen, wenn ihre Kleinheit nicht durch Kanälchendegeneration vorgetäuscht ist, d. h. wenn die Kanälchen zum grössten Teil in voller Spermatogenese sind, das kleine aktuelle Volumen des Fragments somit sich dem potentiellen Volumen eines solchen Fragments sehr nähert; 2) das aktuelle Volumen, das infolge der Rückbildung der Kanälchen ein „reduziertes" Volumen ist, erweist sich auch dann als relativ klein, wenn man es nicht dem potentiellen, sondern dem reduzierten Volumen zweier Hoden gegenüberstellt, d. h. dem Volumen zweier Hoden mit durchgängig degenerierten Kanälchen. Von einer kompensatorischen Hypertrophie des generativen Gewebes infolge vermehrter endokriner Funktion kann nach alledem keine Rede sein.

Sektsioon II^a: Eksperimentaalne meditsiin. — Section II^a: Medicine experimentale.

Koosolek 4. detsembril 1921. a. kell 9 hom. geoloogia instituudi kuuldesaalis.

Koosoleku avas prof. Dr. A. Rammul. Aujuhatajateks valiti dotsent Dr. Adelheim, Riiast, Dr. med. Quarnström, Helsingist ja eradotsent Dr. Popoff, Tartust. Sekretariaat: Drd. med. A. Valdes ja Drd. med. K. Villemi, Tartust. Kanti ette järgmised 6 päevakorra- ja 1 erakorraline kõne (prof. Dr. R. Tigerstedt'i oma).

67) Prof. Dr. S. Loewe-Dorpat. **Über phenolhaltige Schlafmittel.**

Der schulmässigen Auffassung zufolge ist die narkotische Wirkung an Konfigurationen der Fettreihe gebunden, während den zyklischen Phenolderivaten ein abweichender Typus zentraler Lähmung zukommt.

Die Frage, welche Veränderungen der pharmakologischen Wirkung zustandekommen, wenn im gleichen Molekül aliphatische (Narkotikum- oder Hypnotikum) und aromatische Radikale vereinigt sind, ist daher vom Standpunkt der Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und physiologischer Wirkung nicht ohne Interesse. — Beispiele derartiger Körper sind schon seit längerer Zeit bekannt. Untersuchungen des ehem. dorpater Pharmakologen H. H. Meyer haben als Grundlagen bei der Schöpfung seiner „Lipoidtheorie der aliphatischen Narkotika" nebeneinander die bekannten Narkotika der Fettreihe („Alkoholnarkotika") und phenolhaltige Körper wie Salizylamid und Benzamid als gute Narkotika erwiesen. Auch intramolekulare Kombinationen von Schlaf-

mittelradikalen mit den Radikalen der antipyretisch wirksamen Phenolderivate, so das Chloralantipyrin (Hypnal), ferner das eine der beiden Phenoxime des Chloralacetophenons usw. sind als brauchbare Schlafmittel bekannt. Sie verhalten sich etwa wie manche einfachen Gemische von Narkotika und Antipyretika, die gleichfalls als Schlafmittel Brauchbarkeit bewiesen haben, wie z. B. das Veronacetin (Veronal + Phenacetin) oder das Eglatol (Chloralhydrat + Antipyrin), und in der Tat handelt es sich auch bei den zuvor angeführten Stoffen um lockere Bindungen zwischen den beiden die Schlafmittel- und die Phenolgruppe repräsentierenden Radikalen. Wird im einfachen Gemisch die Schlafmittelkomponente an Menge zu gering gegenüber der aromatischen (antipyretischen), so überwiegt die Wirkung der letzteren, und analoges kommt auch bei lockeren intramolekularen Kombinationen vor, wofür etwa das Trigemin, ein Pyramidonbutylchloralhydrat, als Beispiel dienen kann.

Feste intramolekulare Bindungen der beiden Arten von Radikalen sind denn auch sehr häufig frei von narkotischer Brauchbarkeit. So erhöht die Einführung von Aethylgruppen in bekannten Antipyretika nicht merklich deren narkotische Wirkung, z. B. nicht beim Phenacetin oder Lactophenin gegenüber dem Antifebrin. Ein besonders beachtenswertes Beispiel ist das von S. Fraenkel studierte Hexaäthylphloroglycin, das trotz seiner 6 Aethylgruppen nicht narkotisch wirkt; und bekanntlich ist z. B. auch das Phenylurethan ein sehr schlechtes, praktisch und experimentell unbrauchbares Narkotikum verglichen mit dem gewöhnlichen (Aethyl-) Urethan.

Eine neue Wendung bedeuteten demgegenüber 2 phenolhaltige Stoffe, die sich als Schlafmittel äusserst brauchbar erwiesen haben, nämlich das 1911 vom Verf. erstmalig am Krankenbett geprüfte Luminal (Phenyläthylbarbitursäure) und das analog konstituierte Nirvanol (Phenyläthylhydantoin). Beide enthalten das Phenol in fester kaum lösbarer Bindung am Kohlenstoff eines sehr brauchbaren Schlafmittelrestes, welchem allerdings in beiden Fällen durch den Phenolzusatz eine noch erhöhte narkotische Wirksamkeit erteilt wird. Beide sind unzweifelhaft gute Schlafmittel, wenn auch freilich bei sorgfältiger Analyse ihrer Wirkung gewisse Einschläge nicht entgehen können, die auf die Beteiligung eines Phenolderivats hindeuten.

Die Bedeutung, die das Erscheinen dieser beiden Mittel für die ganze Frage gewann, lag darin, dass sie in ganz anderem Masse, als etwa Salicylamid oder Benzamid in der Praxis der Schlafmittel Bewährung gefunden haben, und dass an der Intensität dieser ihrer Schlafwirkung offensichtlich die Phenolkomponente beteiligt ist. So war es mir denn willkommen, dass sich mir im Laufe der letzten Jahre Gelegenheit bot, eine Reihe äknlicher, durch feste Verkettung bekannter Schlafmittelradikale mit dem Phenolrest neu aufgebauter Substanzen, die dem Laboratorium einer grossen chemischen Fabrik entstammten, einer pharmakologischen Prüfung zu unterziehen.

Im einzelnen handelt es sich um 4 recht verschiedenartige Substanzen: die erste derselben, Phenyl-di- (äthylsulfon) -propan (hier künftig als Phenyltrional (I) bezeichnet), ist ein Sulfonal, dessen beide Methylgruppen nicht wie im Tetronal durch 2 Aethylgruppen, sondern durch je einen Aethyl- und einen Phenylrest substituiert waren, also ein Körper, der sich vom Tetronal genau so unterscheidet, wie das Luminal vom Veronal. Die 3 anderen Stoffe leiten sich vom Nirvanol ab usw. sind es folgende Derivate desselben: 1) Das

nzwischen in den Handel gelangte Acetyl-Nirvanol (II); in welchem ian ein N des Hydantoinrings ein Acetylrest substituiert ist. 2) Ein Carbäthoxy-Nirvanol (III); hier findet ein Aethylurethanrest in einem Kern-N des Nirvanols seine Ergänzung. 3) Ein Dibrompropyl-Nirvanol (IV); in ihm ist ein Radikal an das Nirvanol angehängt, das sich bereits in mehreren aliphatischen Kombinationen als schlafverstärkend erwiesen hat.

Die Ergebnisse, die wir im Tierversuch mit diesen 4 Substanzen erzielten, waren nun durchaus überraschend.

Das Phenyltrional (I) erwies sich als eine Substanz mit starker pharmakologischer Wirkung, obwohl es in Wasser vollständig unlöslich ist. Die tötliche Grenzdosis (D. l.) lag für Kaninchen bei 1 g, die toxische Grenzdosis (D. t.) zw. 0,4 und 0,5 g; in einer gleichfalls recht ausgedehnten mit neuer Substanzprobe in Dorpat angestellten Versuchsreihe zwischen 0,2—0,5 g (D. l.) bezw. 0,15—0,2 (D. t.). Katzen waren auch in Göttingen bedeutend empfindlicher; für sie betrug die D. l. 0,25 g, die D. t. unter 0,1 g (z. B. ging eine Katze, der Fleisch eines an 1,0 g zugrunde gegangenen Kaninchens verfüttert worden war, noch unter charakteristischen Erscheinungen zugrunde).

Die Wirkungen dieses starken Agens waren nun aber von reinem Phenolcharakter. Die Katzen verfielen in eine morphinartige halluzinatorische Unruhe, an die sich schliesslich über eine Periode des Taumelns ein langes Krampfstadium anschloss, in dem sie selbst bei der 8-fachen D. l. erst nach mehr als 24 Std. eingingen, ohne stärkere Bewusstseinstrübung bis gegen das Ende hin.

Es handelt sich also um einen rein aromatischen Wirkungstypus der mit den Wirkungen des Phenols, ja sogar des Antipyrins vergleichbar ist. Das wurde ganz besonders durch Fieberversuche deutlich. Bei experimentell (durch Injektion von Coli-, Typhus- oder Choleravakzine, mehrmals auch durch Milch) erzeugtem Fieber wirkten bereits untertoxische Gaben kräftig senkend auf die erhöhte Körpertemperatur, die für mehrere Stunden oft um 1—1,5° C. herabgedrückt werden konnte; ja auch die normale Körpertemperatur des Kaninchens konnte schon durch derart niedrige Gaben bedeutend gesenkt werden.

Bei den 3 Nirvanolderivaten interessiert schon der quantitative Vergleich der Wirksamkeit mit derjenigen des Nirvanols selbst, denn auch dieses enthält schon die Phenylgruppe und die Substitution strebte ja offensichtlich eine Verstärkung der narkotischen Wirksamkeit an. Da ist es denn bemerkenswert, dass sich die D. l. der 3 Stoffe in der obengenannten Reihenfolge zu der D. l. des Nirvanols, diese als 1 gesetzt, verhielten etwa wie:

$$4 : 1{,}75 : > 6 : 1,$$

die D. t. etwa wie:

$$10 : 3 : > 48 : 1.$$

Alle 3 Stoffe sind in absoluten Zahlen schwächer wirksam als das Nirvanol selbst, das Dibrompropylderivat (II) so viel schwächer, dass die verfügbaren Mengen — wiewohl 48-fach grössere Dosen, als beim Nirvanol wirksam waren, versucht wurden, — nicht ausreichten, um überhaupt irgendeine Wirkung des Stoffes zu ermitteln. Viel wichtiger aber als die absolute Höhe der D. l. bzw. D. t. ist bei solchen Vergleichen der Spielraum zwischen eben beginnender Wirksamkeit und tötlicher Wirkung, die sog. Wirkungsbreite, am einfachsten dargestellt durch den Quotienten D. l. : D. t. Diese Wirkungsbreite der beiden ersten Nirvanolderivate (II u. III) verhält sich zu der des Nirvanols etwa wie:

$$2{,}5 : 1{,}7 : 4,$$

d. h. also, beide Substanzen sind trotzdem in absoluten Zahlen erst grössere Dosen wirksam bzw. giftig sind, doch gefährlicher und damit im exakten Sinne giftiger als Nirvanol.

Die Qualität der Wirkung der beiden Mittel II u. III liess, besonders beim Carbäthoxyderivat (III), noch deutlicher als beim Nirvanol selbst den phenolartigen Einschlag hervortreten; auch nahe bei der D. l. ist die Bewusstseinsbeeinträchtigung nur recht gering, die Lähmung vorwiegend motorisch, Taumeln und Erregung gehen ihr voraus und begleiten sie bis in den leicht störbaren Schlaf hinein. Auch ein starker Temperatursturz mahnt beim Carbäthoxyderivat an den Phenolcharakter, bei beiden Stoffen eine starke Erweiterung der peripheren Gefässe.

Wir sehen also, wie in der Sulfonalgruppe die Einführung des Phenylradikals, wiewohl sie in ganz analoger Weise erfolgt ist, wie in der Veronalgruppe, nicht zu einer Verstärkung der hypnotischen Wirkung führt, sondern im Gegenteil den ganzen Stoff in ein stark wirksames Antipyretikum mit Giftwirkung von reinem Phenoltypus umwandelt.

Beim Nirvanol sehen wir die Einführung eines so aussichtsreichen hypnoseverstärkenden Radikals wie des Dibrompropylrests (in IV) zu einer ungeheuren Abschwächung beider Wirkungen Anlass geben. Ganz analog schwächt, wenn auch in geringerem Umfang, die a priori recht aussichtsreiche Einführung des Urethanrests (in III) um das 3-fache, die Einführung des an sich weniger wirksamen Acetamidrests um das 10-fache. In beiden Fällen aber entstehen toxischere, therapeutisch weniger aussichtsreiche Verbindungen, denn ihre Wirkungsbreite ist gegenüber der des Nirvanols verringert, ihr narkotischer Charakter nicht ausgeprägter (Acetylnirvanol) oder sogar durch einen noch stärkeren Phenoleinschlag beeinträchtigt.

Diese Erfahrungen in der speziellen Frage nach der Bedeutung des Phenolradikals in Kombination mit Schlafmittelresten lehren also mit besonderem Nachdruck, wie wenig aus der chemischen Konstitution die pharmakologische Wirkung vorausbestimmbar ist. Wir können demnach nie genau voraussagen, ob eine solche Kombination zu einer rein narkotischen oder einer reinen Phenolwirkung des Produkts führt, oder ob und in welchem Verhältnis dieses etwa beide Wirkungstypen gemischt enthält. Alle drei Möglichkeiten sehen wir verwirklicht, ohne dass die blosse Betrachtung der Konstitution das im Experiment erwiesene Verhalten voraussehen liess. Und wenn sich die Propaganda neuer Mittel dieser Art, wie das insbesondere vor einigen Jahren bei dem Erscheinen des Phenoval, eines narkotisch kaum wirksamen Bromisovalerylphenetidins, geschah, einfach darauf aufbauen will, dass eine solche intramolekulare Addition der beiden Wirkungen (Antipyrese + Hypnose) aus der chemischen Betrachtung evident sei, so muss der ärztliche Abnehmer vor solchen Suggestionsversuchen ganz besonders auf der Hut sein.

Alle diese — leider im wesentlichen einer Uebersichtlichkeit entgegenarbeitenden — Feststellungen gelten vor allem für festere Bindungen beider Arten von Radikalen im Molekül, die im Organismus nicht so leicht gesprengt werden können. Bei lockeren, nach der Einverleibung bald zerfallenden Bindungen liegen die Verhältnisse günstiger. Hier lässt sich mit grösserer Berechtigung eine additive Wirkung beider Gruppen erwarten; aber bei solchen Verbindungen wie auch bei einfachen Gemischen je eines Repräsen-

tanten der beiden pharmakologischen Gruppen muss man dann das gegenseitige Mengenverhältnis von aromatischem und Schlafmittelanteil in Rechnung ziehen und sich klar machen, dass eine weit unterschwellige Narkotikumdosis neben einer kräftigen Antipyretikummenge sich kaum Geltung verschaffen kann (noch auch umgekehrt). Freilich kann auch in diesen Fällen in einer gegenseitigen, über das rein additive Verhalten hinausgehenden Wirkungsverstärkung (der sog. „Potenzierung" mancher Arzneikombinationen) ein neues Moment entstehen; ob eine solche vorliegt, kann aber gleichfalls nur von Fall zu Fall auf Grund der experimentellen Prüfung entschieden werden, ohne dass allgemeine Gesetze die Laboratoriumsarbeit ersparen könnten.

Auch eine Berücksichtigung der physikalisch-chemischen Eigenschaften solcher neuer Mittel neben ihren chemisch-konstitutiven ermöglicht übrigens oft keine genauere Voraussage der pharmakologischen Wirkung; unser stark wirksames Phenyltrional ist z. B. ein in jedem wässrigen Medium äusserst schwer löslicher Körper, während auch bei unseren Nirvanolderivaten, die trotz abgeschwächter Wirkung z. T. in wässrigen Medien von der Alkaleszenz des Darmsafts recht gut löslich sind, Löslichkeit und Wirksamkeit nicht etwa parallel gehen.

Läbirääkimised. Diskussion.

Masing bittet um Auskunft, ob die wechselnde narkot. Wirkung phenolsubstituierter Verbindungen von den physikalisch-chemischen Eigenschaften dieser Verbindungen, speziell von dem Teilungsquotienten Wasser-Lipoide abhängen könne?

L. Kügelgen fragt, ob die Industrie und Pharmakologie in der Richtung guter Löslichkeit und reizloser Resorbierbarkeit von Schlafmitteln neue Erfolge zu verzeichnen hat? Diese Frage ist für den Praktiker sehr wichtig, um in der Psychiatrie von der Skopolaminverwendung möglichst freizukommen, welche Injektionen von den Kranken als sehr lästig empfunden werden.

Loewe: Der Teilungsquotient zwischen Lipoid und Wasser ist auch für die neuen Mittel nicht bekannt, es kann bekanntlich nicht geprüft werden. Physikalische Eigentümlichkeiten können für die beobachteten Unterschiede nicht angeschuldigt werden; Luminalnatrium ist gut löslich, „Phenylsulfonal" unlöslich; trotzdem ist letzteres äusserst sark wirksam. Das von Herrn von Kügelgen erfragte Ideal des Schlafmittels für den Psychiater ist in dem Luminal recht gut verwirklicht. Vortr. konnte damit unter Ausschluss der Skopolaminspritze $^1/_4$ Jahr lang eine grosse unruhige Irrenstation erfolgreich versorgen.

*

68) Dozent Dr. R. Adelheim-Riga: **Über die nichteitrige Encephalitis.**

Die Schwierigkeiten, die sich der Erforschung der Encephalitis entgegenstellen, bestehen in der unklaren Aetiologie vieler Encephalitis-Fälle, in zweiter Linie in der wechselreichen Symptomatologie. In der Regel hat in derartigen Fällen die pathologische Anatomie die Spezifität der Veränderungen festzustellen und so eine Differentialdiagnose klinisch ähnlicher oder aetiologisch unklarer Fälle zu ermöglichen. Allerdings muss zugegeben werden,

dass der Begriff der Spezifität bei allen formalen Vorgängen nicht immer anwendbar ist und wir häufig nicht in der Lage sind, bei zweifelsohne verschiedener Aetiologie einer Entzündung, die Spezifität rein formal nachzuweisen.

Es beruht nämlich die Annahme einer rein histologischen Differentialdiagnose der verschiedenen Encephalitisformen auf einem Irrtum.

Bei der formalen Untersuchung stossen wir auf weitere Schwierigkeiten: In Bezugnahme auf entzündliche Vorgänge ist hier als erstes zu nennen die ausserordentliche Zartheit und funktionelle Hochwertigkeit jeder einzelnen Nervenzelle und Faser und ihre Empfindlichkeit gegenüber Toxinen. Ueberall dort, wo bei einem Infektionsprozess die toxischen Komponente gegenübet der direkt parasitären Aktion der Mikroorganismen überwiegen, sehen wir als Effekt nur die Affectio, d. h. alterativ-degenerative Veränderung, häufig verbunden mit einer Störung im statischen Aufbau des Gewebes, ohne dass es zu defensiven Manifestationan kommt. In zweiter Linie ist die Sonderstellung der ektodermalen Stützsubstanz, der Neuroglia zu erwähnen, deren Zellen sich bei jedem Entzündungsprozess in einer für uns noch keineswegs genügend erforschten Weise betätigen. Der Leistung nach spielen die Gliazellen dieselbe Rolle bei der Entzündung, wie in anderen Organen die Histiozyten und wir können in ihnen eine besondere Art von Ortshistiozyten sehen (im Gegensatz zu den Wanderhistiozyten, die das mesenchymale Gewebe liefert). Drittens ist beim Entzündungsprozess im Gehirn die besondere und spärliche Anlage der mesenchymalen Stützsubstanz zu nennen, die sich nur um die Gefässe lokalisiert, wobei mesenchymale und ektodermale Stützsubstanz von einander durch die membrana limitans perivascularis gliae scharf geschieden sind. Das erklärt den so ausgesprochen perivaskulären Charakter der entzündlichen Gefässerscheinungen, da zunächst und am Anfang eines jeden Entzündungsprozesses, sowohl die prolieferierenden als auch die emigrierenden Zellen von der Membrana limitans zum grössten Teil, aber nicht vollständig, zurückgehalten werden und erst bei einer gewissen Reizstärke der unorganisierte Aufbau des Entzündungsherdes erfolgt. Aber auch die Gefässe selbst zeigen Besonderheiten, als sie zart sind und unter einem verhältnismässig hohen Druck stehen, was durch die besondere Art der Abzweigung dieser Gefässe erklärt werden kann, und woraus sich auch die Häufigkeit von kleinen Blutungen ergibt. Nicht zu unterschätzen ist ferner die Rolle, die den Endothelzellen bei jeder Entzündung zukommt. Wenn auch den Endothelzellen keine besondere Drüsenfunktion zugeschrieben werden kann, so treten sie doch vermittelst gewisser synthetischer Eigenschaften aus dem Rahmen gewöhnlicher Wandzellen heraus und wir müssen anerkennen, dass je funktionell hochwertiger ein Gewebe ist, desto feiner organisiert auch die Endothelzellen seiner Gefässe sind. Wir müssen auch annehmen, dass Toxine, die eine besondere Affinität zu einem Gewebe haben, diese ihre Affinität auch zu einem Teil auf die Endothelzellen der Gefässe erstrecken, mithin eine gewisse Verwandtschaft im biologisch-immunologischen Sinne zwischen Gewebe und Endothelzellen seiner Gefässe besteht. Auf die besonderen Verhältnisse im Gehirn übertragen ist das von Bedeutung.

So weit in Kürze die besonderen Verhältnisse und Schwierigkeiten, die sich bei der formalen Untersuchung der Entzündungsprozesse im Gehirn ergeben.

Begeben wir uns nunmehr im medias res und beginnen mit der klassischen Form der Encephalitis, nämlich der bei Lyssa. Letztere ist einmal

die am längsten bekannte Encephalitisform, ferner ist das Lyssa-Virus von absoluter und höchst prononzierter Neurohistiotropie: nirgends anders, wie nur im Nervensystem übt es seine krankheitserregenden Eigenschaften aus; sodann sind die toxischen Komponente, wenn auch vorhanden, so doch nicht im Übermass (wie etwa beim Tetanus), so dass der Hauptanteil der Krankheit auf Rechnung der rein parasitären Aktion zu setzen ist; endlich ist das Lyssa-Virus nicht toxisch vasotrop, d. h. führt nicht primär und ausschliesslich zu Gefäss- resp. Endothelschädigungen, was für den Ablauf der Entzündungsvorgänge im Gehirn von Bedeutung ist.

Worin zeigt sich nun die Encephalitis bei Lyssa? Makroskopisch lässt sich im Gehirn häufig gar nichts nachweisen. Bisweilen ist Hyperämie vorhanden, die aber keineswegs konstant ist. Grössere Erweichungsherde findet man eher im Rückenmark, ebenso wie kleine eben sichtbare Blutungen. Histologisch sehen wir, ausser den schon bekannten Negrischen Zelleinschlüssen, in der Hauptsache kleinzellige Infiltrationen um die Gefässe (die sog. „nodules rabiques" von Babes). Diese Infiltration beschränkt sich entweder nur auf die adventitiellen Scheiden und perivaskulären Räume und wird von der Membrana limitans perivascularis scharf abgeschieden vom übrigen Nervengewebe oder aber der Aufbau der Infiltration ist ein mehr lockerer, unorganisierter, in dem die Zellen verstreut um das Gefäss, auch ausserhalb der Membrana limitans liegen. Vereinzelte Herde sieht man auch um Ganglienzellen, so wie auch ohne Beziehung zu Ganglienzellen oder Gefässen. Was nun die Herkunft dieser Zellen anbelangt, so sind sie z. T. Abkömmlinge der Adventitiazellen (poikilomorphotische Adventitiazellen, wie Ranke sie nennt), während ein Teil der lympholytoiden Zellen sicher auch aus der Blutbahn stammt, wie man denn auch hin und wieder polymorphkernige Leukozyten antrifft. Ein prinzipielles Zurückhalten dieser Zellen durch die Membrana limitans findet nicht statt, denn auch bei scharf umschriebenen perivaskulären Herden sehen wir vereinzelte Zellen ausserhalb der Membrana limitans liegen. Durch chemotaktische Wirkung kranker Nervenzellen werden sie auch in deren Umgebung angelockt und vermengen sich hier mit den gewucherten Gliazellen. Der Anteil der roten Blutkörperchen an diesen vaskulären Prozessen ist gering und keineswegs ist es statthaft die Lyssaencephalitis als stets haemorrhagisch zu bezeichnen. Was nun Gefässwand und Gefässinhalt anbetrifft, so sehen wir, wenn auch selten, Gefässzerreissung mit Blutungen und Thrombosierung, hin und wieder auch Endothelwucherung. Ausser diesen vaskulären Prozessen sehen wir schwere Veränderungen im Nervengewebe selbst und zwar, abgesehen von dem Anschwärmen der um die Gefässe gelagerten Zellen, eine Wucherung der ektodesmalen Stützsubstanz, der Neuroglia auftreten. In der Hauptsache tritt sie in der Umgebung kranker Nervenzellen auf. Hier sehen wir das Entstehen der gliösen Trabanten, der Begleitzellen, die die Ganglienzellen umklammern oder zur Neuronophagie führen. Neben diesen progressiven Veränderungen, die schwersten regressiven: alle Stadien der Nervenzelldegeneration, Bildung von Marchischollen, Körnchenzellherde, die namentlich im Rückenmark grosse Dimensionen annehmen können. Soweit in Kürze das histologische Bild und zunächst wollen wir nicht näher auf die Bewertung der einzelnen Vorgänge eingehen, sondern gehen weiter zu einer aetiologisch andersartigen Encephalitis, der Encephalitis bei Fleckfieber,

die recht häufig anzutreffen ist, namentlich bei den tötlich verlaufenden Fällen. Wie stellt sie sich nun mikroskopisch dar? Die typische Gefässwandschädigung, die der Fleckfieberroseola in der Haut das charakteristische Bild verleiht, habe ich im Gehirn nie gesehen. Der Typus der endovaskulären Veränderungen und perivaskulären Herde ist genau derselbe, wie bei Lyssa, woraus zu folgern ist, dass sowohl die nodules rabiques, als die Fleckfieberknötchen unspezifische Manifestationen eines entzündlichen Gehirnprozesses darstellen.

Ich habe nun weiter die tierische Lyssa mit der nervösen Form der Hundestaupe, mit der Kopfinfluenza der Pferde (sog. Pasteurellosis) verglichen, anderseits die menschliche Lyssa mit der echten Encephalitis bei Grippe, so wie einigen Fällen von progressiver Paralyse und der seltenen Encephalitis bei Typhus abdom. Konstante und sichere Unterscheidungsmerkmale konnte ich nicht auffinden. Wohl überwiegen etwa bei der nervösen Hundestaupe häufig die regressiven Veränderungen und treten vaskuläre Veränderungen in den Hintergrund; es sind das aber nur Unterschiede, die im Rahmen eines jeden Entzündungsprozesses liegen, wenn die toxischen Komponente überwiegen. Was schliesslich die Encephalitis bei Influenza anbelangt, so will ich ausdrücklich feststellen, dass es auch hier reine Formen der Encephalitis gibt, die sich durch nichts von den vorhergehenden unterscheiden. Von besonderem Interesse sind noch die Veränderungen, die man gelegentlich bei Paralyse findet. Ich habe mich anfangs gescheut, die perivaskulären Herde und regressiven Veränderungen bei Paralyse den sonstigen encephalitischen Prozessen bei Infektionskrankheiten gleichzustellen. Nun stellt auch Jacob ausdrücklich fest, dass diese Veränderungen, die sich hauptsächlich bei den Anfallsparalysen vorfinden, unspezifisch sind und eine vollkommene Ähnlichkeit mit gewöhnlichen encephalitischen Prozessen aufweisen, wie bei Poliomyelitis und Schlafkrankheit. Aschucarro seinerseits stellte die vollkommene Ähnlichkeit dieser Veränderungen mit denen bei Lyssa fest, während Ceelen keinen Unterschied zwischen einem Fleckfieber- und einem Paralyse-Knötchen finden konnte. Selbstverständlich gehören die gummösen Veränderungen nicht hierher. — Was zwei weitere wichtige Encephalitisformen anbelangt, die Heine-Medinsche Krankheit und die Encephalitis lethargica, so lehnt Häuptli jegliche histologische Differentialdiagnose zwischen diesen beiden ab, ebenso leugnet Sigmund das Vorhandensein irgendwelcher spezifischer Veränderungen bei Encephalitis lethargica. Es gibt somit keine formal spezifische Encephalitis für diese oder jene Erkrankung, der Entzündungsprozess im Gehirn verläuft bei allen Encephalitisformen gleich. Eine Differentialdiagnose auf Grund formaler Untersuchung ist nicht möglich.

Indem wir etwas näher auf den Entzündungsprozess im Gehirn und zur Bewertung der einzelnen Symptome eingehen, müssen wir uns zunächst fragen: sind alle von uns bei der Lyssa wiedergegebenen Gewebsveränderungen tatsächlich auf eine Entzündung zurückzuführen?

Zweifelsohne sind die 3 Kardinalsymptome der Entzündung: die Alteratio, Proliferatio und Exsudatio vorhanden, allerdings aber keineswegs immer (namentlich die Exsudatio) scharf ausgeprägt. Überall dort, wo die toxischen Komponente eines Krankheitserregers das Krankheitsbild beherrschen, stehen

an erster Stelle die alterativ-degenerativen Veränderungen, die Affectio, der sich, wenn Zeit vorhanden ist, proliferatorische Prozesse von Seiten der äusserst sensiblen Neuraglia anschliessen. Die exsudativen, sowie die proliferatorischen Vorgänge von Seiten der mesenchymalen Stützsubstanz treten häufig erst sekundär auf. Bei stärkster Infektion unter dem Bilde hochgradiger Affectio können defensive Reaktionen infolge der Intensität der kausalen Einwirkung nur im geringen Grade oder garnicht aufkommen. Man sieht, dass unter Umständen äusserst komplizierte Vorgänge sich im Gehirn abspielen können und es häufig der subjektiven Auffassung des Untersuchers anheim gestellt werden muss, ob er einen Vorgang daselbst als Entzündung ansehen will oder nicht. Im übrigen ist es schwer auf den Begriff der parenchymatösen Entzündung im Gehirn ganz zu verzichten, schon deswegen, weil durch die ausserordentliche Zartheit des Nervengewebes die negative Phase der Entzündung so überaus häufig das Krankheitsbild beherrscht. Ob nun die degenerativ-parenchymatösen oder die interstitiell-vaskulären Prozesse vorherrschen, hängt ganz von der Virulenz resp. Agressivität des Erregers und der Reaktionsfähigkeit des Organismus ab. Als Beispiel führe ich die Syphilis an, die beim Kaninchen diffuse Parenchymentartung hervorruft, während vaskulöse Prozesse ganz fehlen. Es gibt kaum grössere Unterschiede bei genetisch verwandten Prozessen, wie zwischen dem histologischen Bilde der Kaninchensyphilis, des paralytischen Rindenprozesses uud der endarteriitischen Gehirnlues. Somit führt ein und dieselbe Noxe zu sehr verschiedenen Veränderungen im Gehirn und erschwert so die Differentialdiagnose.

Zu erwähnen sind noch die haemorrhagischen Formen der Encephalitis. Die frühere Anschauung, dass die meisten Encephalitiden haemorrhagischen Charakter tragen, erklärt sich leicht aus der Tatsache, dass die nicht haemorrhagischen Formen auf dem Obduktionstisch übersehen wurden. Jetzt wissen wir, dass nur ein kleiner Teil der Encephalitiden rein haemorrhagischen Charakter trägt. Dort, wo wir eine Encephalitis haemorrhagica diagnostizieren, müssen wir verlangen, dass der Anteil der weissen Blutkörperchen bei der Blutung auch tatsächlich dem entzündlichen Charakter entspricht und auch noch andere Symptome der Entzündung vorhanden sind. Im anderen Falle haben wir sog. Ring- oder Kugelblutungen vor uns, die durch schwere toxische Wandschädigung entstanden sind und nicht als Entzündung angesehen werden dürfen [1]). Bei Influenza sieht man häufig derartige Blutungen, doch kommen ebenso echte, auch nicht haemorrhagische Encephalitiden hier vor.

Wenn wir somit die Schwierigkeiten der formalen Untersuchung der histologischen Differentialdiagnose dargelegt haben, so liesse sich noch die Frage stellen, ob nicht in der Spezifität der Lokalisation doch noch ein Moment vorhanden ist, das eine Differentialdiagnose ermöglicht. Eine klinische Symptomatologie der Encephalitis wäre aus leicht verständlichen Gründen überhaupt nicht möglich, sie ist, im beschränkten Masse nur möglich weil einige Formen der Encephalitis eine bestimmte Lokalisation zeigen. Eine solche spezifische Lokalisation sehen wir bei verschiedenen Encephalitis

1) Sekundär können sich an solche Blutungen Entzündungsprozesse anschliessen, die die Beurteilung der Vorgänge sehr erschweren.

Formen: bei Fleckfieber ist es die Gegend der Aquaeductus sylvii, bei der Bornaschen Krankheit die Riechkolben usw. Man könnte, angesichts so ausgeprägter Affinitäten, von einer Systemotropie der Toxine (bezüglich des Gehirnes) sprechen. — Die grosse Masse des Gehirns erschwert hier sehr eine systematische Untersuchung und auf diesem Gebiet ist sicher noch viel zu arbeiten. Aber auch diese Feststellungen werden immer nur mit einer gewissen Vorsicht zu verwerten sein, denn wir sehen ja häufig, dass bei einer Virulenzerhöhung der Mikroorganismen, sich der Kreis seiner Affinitäten erweitert, so dass häufig nur das Alter der entzündlichen Vorgänge über die primäre Lokalisation entscheidet.

So sehen wir auch in dieser Beziehung unsichere Ergebnisse, wie sich das aus dem klinischen Bilde der Encephalitis lethargica auch ergibt.

Die Encephalitisforschung ist jung, den weiteren Untersuchungen wird es vorbehalten bleiben, neue Tatsachen aufzudecken, die uns der Klärung der Frage näher bringen, was um so nötiger erscheint, als sicher eine Encephalitis bei Infektionskrankheiten häufiger vorkommt, wie wir bisher vermutet haben. Und auch das Kapitel der Folgezustände erscheint reizvoll. Denn die ungenügende Restitution durch nicht funktionell vollwertiges Gewebe führt zu chronischen Erkrankungen und sicher ist ein grosser Teil der als Parkinsonsche, Wilsonsche Krankheit, multiple Sklerose, Paralysis agitans bekannten Erkrankungen auf eine primäre akute nichteitrige Encephalitis zurückzuführen. Derartige chronische Leiden könnte man dann, mit Aschoff, als Encephalopathien bezeichnen.

*

69) Drd. med. A. Valdes: **Glükogeen südame äritusjuhesüsteemis nälgimise ajal.** (Sur le glycogen dans le guide de l'excitation du coeur pendant la faim.)

Südame äritusjuhesüsteemi rakkudes on loomulikult suurel hulgal glükogeeni. Ref. on püüdnud eksperimentaalsel teel (katsed pääasjalikult kodujäneste, merisigade ja kassidega) selgitada nende tegurite mõju äritusjuhesüsteemi glükogeeni pääle, mis harilikult maksa ja lihaste glükogeeni hulga pääle mõjuvad, muu seas nälgimise mõju.

Nälgimise ajal, kui maksast juba glükogeen täiesti kadunud, leidub äritusjuhesüsteemis, iseäranis selle harudes, veel suurel hulgal glükogeeni. Ka niisugusel juhtumisel, kui katseloom on nälja kätte surnud, võib vahel äritusjuhesüsteemis veel glükogeeni leida.

Referendi arvates, äritusjuhesüsteemi pääle tuleb kui funktsionaalselt kõrgelt differentseerunud elundi pääle vaadata. Äritusjuhesüsteem on kui elund teise elundi (südame) sees; tema tegevus peab vahetpidamata edasi kestma; tema tegevusest oleneb südame tegevus ja organismi elu. Glükogeen on äritusjuhesüsteemi rakkudele, nagu teistelegi lihasrakkudele, jõuallikaks.

Õpetuses nälgimisest on kindla seadusena üles seatud see asjaolu, et kõrgel differentseerunud ja organismi elule ülitähtsad elundid kaotavad nälgimise juures kõige vähem oma ainetest. Sellest seisukohast tuleb ka glükogeeni püsivuse pääle äritusjuhesüsteemis nälgimise ajal vaadata.

Läbirääkimised. Diskussion.

A. Lüüs: Kõneleja on meile oma ilusate katsetega kindlaks teinud, mispärast ja kuidas glükogeen kaob südame äritusjuhest. Mind oleks huvi-

tanud, kas kõneleja anatoomiliselt oma katseloomade jnures on tähele pannud silmatorkavaid muudatusi, nagu skorbuut, neuriit jne., mis laseks oletada tähtsate toiduainete puudust, ühe sõnaga, kas tulevad tihti avitaminoosilised nähtused esile?

A. Valdes: Oma katsete juures pole ma, kahjuks, mitte tähele pannud nälgimise juures kaasaskäivaid füsioloogilisi nähtusi ja kõrvalekalduvusi.

*

70) Eradotsent N. Popoff: **„Наслѣдственность у человѣка“.** (La transmissibilité hereditaire chez l'homme.)

Конспективная программа доклада: 1) Историческій обзоръ теорій наслѣдственности. 2) Морфологическая основа наслѣдственности. 3) Статистическое изученіе наслѣдственности. 4) Наслѣдственность по Менделю. 5) Наслѣдственность у человѣка. 6) Наслѣдственность и полъ.

Въ заключеніи своего доклада я предполагаю выдвинуть нижеслѣдующія пожеланія:

1) Необходимость учрежденія кафедръ наслѣдственности.

2) Необходимость учрежденія комиссіи по сбору матеріаловъ по наслѣдственности.

3) Необходимость включенія въ „исторію болѣзни“ параграфа о наслѣдственности.

4) Чтобы будущіе съѣзды были не только для врачей но и для естествоиспытателей.

*

71) Drd. med. H. Kull: **Kroomaffiini ja feokroomi rakkude üle.** (Sur les cellules chromaffines.)

Kroomaffiini ehk feokroomi rakud on juba ammu tuntud; neid on kirjeldanud Leydig 1857 aastal, siis Henle (1865), Stilling (1890), Poll, Wiesel (1902) ja teised Gl. suprarenalise ajukihis ja mõnedes kehakestes, mis ka tekivad sümpaatilisest närvisüsteemist, näituseks Glomus coccygeum; Kohn nimetab neid paragangliateks, Poll aga feokroomi kehakesteks.

Kroomaffiini rakud on pääle selle veel kirjeldatud inimese ja teiste imetajate loomade peensoole limanaha epiteelis 1905 aastast alates Schmidt, Ciaccio ja minu (1912) poolt.

Kroomaffiini rakkudel sooltes ja Gl. suprarenalises on ühine omadus, nimelt värvumine kroomhappe ning selle sooladega kollaseks või kollakapruuniks, mille läbi nemad kõikidest teistest rakkudest eralduvad. Teiste omaduste ja iseäraldi oma arenemise läbi need rakkud eralduvad jälle omavahel sedavõrd, et ma pean otstarbekohaseks kroomaffiini rakke kahte rühma jaotada, nimelt feokroomi rakud Gl. suprarenalises ja kroomaffiini rakud peensoole epiteelis.

Esimese rühma rakud saavad alguse ühes sümpaatilise närvisüsteemi elementidega ektodermist (Balfour (1872), Kohn, Poll). Poll kirjeldab kahte rakkude liiki: sümpatoblastid ja feokroomoblastid, mis omas arenemises differentseeruvad sümpaatilisteks närvirakkudeks ja feokroomrakkudeks. Kõrgematel imetajatel neist viimastest rakkudest kujuneb Gl. suprarenalise ajukiht. Selgroota loomade seas on närvirakkude ja feokroomrakkude sugulus iseäranis selgesti näha Hirudo-medicinalisel, kelle kesknärvisüsteemis Sommer ja Poll on ka feokroomrakke leidnud.

Peensoole kroomaffiinrakkude arenemist pole veel keegi uurinud, kuid mõned minu uurimistest saavutatud andmed võimaldavad järeldada, et need rakud mitte sümpaatilisest närvisüsteemist ei teki. — Pääle selle nad eralduvad esimese rühma omadest veel kroomiga kollaseks värvuva aine struktuuri, oma mitokondriate omaduste ja rakkude kuju läbi.

Gl. suprarenalise ajukiht on moodustatud feokroomrakkude väätidest. Nende rakkude kuju on muutlik, harilikult hulktähtline või tsilindriline. Feokroom-aine ei võta mitte kõikides rakkudes ühesuguselt värvi vastu: kroomiga hästi fikseeritud ja värvimata lõigetes on kõik varjundid helekollasest alates ja kuni tume pruunini näha. Rakkudel on teraline struktuur, mis pruunides rakkudes paremini näha. Nende mitokondrid värvuvad hästi minu metoodi (1914 a.) järele, kuid on sedavõrd muutlikud oma suuruse, kuju ja arvu poolest, et neid ei saa ühe tüübi alla mahutada. Neis rakkudes leiduvad kas niidi- või täpikujulised mitokondrid. Rakkudel on kerakujulised tuumad ja hästi arenenud apparato reticulare Golgi.

Peensoole kroomaffiin-rakkudes on leida alati terakesi, need on õige peenikesed, kuid kõikides rakkudes ühesuurused ja ühetaoliselt kollaseks värvunud; nad asuvad rakkude alumises osas, nimelt nende tuuma ja põhja vahel ja harva, kui nende arv väga suur, leidub neid ka rakkude ülemises osas, apparato reticulare Golgi ümbruses. Need terakesed seisavad nii tihedalt üksteise kõrval, et mitokondrid nende vahel hädavaevalt näha on. Viimased on siin niidikujulised, võrdlemisi jämedad ja pikad. — Peensoole kroomaffini-rakkude kuju on harilikult kooniline, sellepärast et raku alumine osa terakestega täidetud on ja selle tõttu on laienenud. Tuumad on kerakujulised, kroomatiinrikkad ja sagedasti suuremad kui peensoole rakkudes. Kroomaffinrakud leiduvad pääasjalikult peensoole alguses: duodenumis on neid kõige rohkem, jejunumis — vähem, ja ileumis puuduvad nad peaaegu täiesti. Need rakud asuvad niihästi limanaha katte-epiteelis kui ka Lieberkühn'i ja Brunner'i nääretes. Nende arv pole ka duodenumiski mitte väga suur, igatahes neid leidub mitmes eksemplaaris mikroskoobil igal vaateväljal.

Kroomaffinrakke olen mina leidnud pääle peensoole veel meresea pancreases. Siin leidub neid rakke selle näärme juhe limanaha epiteelis. Nagu tuttav, see epiteel on ühekihiline tsilindriline ja selles leidub palju karikakujulisi rakke; epiteeli all sidekoes on väikesed limanäärmed. Kroomaffiinirakud asetsevad mitte ainult epiteeli rakkude vahel, vaid ka nende näärmetes. Juhe harudes läheb sein õhemaks ja näärmed kaovad; veel vähemates harudes muutub epiteel madalamaks ja karikakujuliste ning kroomaffinrakkude arv väheneb; lõpuks, veel peenemates harudes, kaovad enne kroomaffiin- ja varsti pääle seda ka karikakujulised rakud. — Need pankrease kroomaffinrakud vastavad igas suhtes täielikult peensoole kroomaffiinrakkudele, mis ka arusaadav — sest pancreas saab oma alge peensoolest.

Mis puutub kroomaffiini rakkude tegevusesse, siis on kindlaks tehtud, et gl. suprarenalise feokroomrakud valmistavad sisesekretsioonile adrenaliini, kuid peensoole kroomaffiinrakkude funktsiooni üle pole, minu teades, mingisugust uurimust avaldatud. — Nähtavasti on nende kroomaffiin terakesed nende sekretoorilise tegevuse saadus. Kuna need terakesed rakkude alumises osas kogunevad, siis võib arvamist avaldada, et nad pääsevad rakkudest verekapillaaridesse, mis rakkude põhjast ainult oma õhukese endoteel-

seina läbi eraldatud on. See minu arvamine peensoole kroomaffiinrakkude sisesekretsiooni üle leiab toetust sellest, et füsioloogid on juba ammu oletama hakanud, peensoole limanahas leiduda niisugust ainet, mis säält veresse tungib, kuid neil pole teada, missugused rakud seda ainet valmistavad.

1902 aastal füsioloogid Bayliss ja Starling juhtisid tähelepanu selle asjaolu pääle, et pancreas ergutub sekretoorilisele tegevusele ka närvisüsteemist rippumata, keemilisel viisil peensoole kaudu, nii näit. kui valatakse soolahappe lahu peensoole kääru sisse, mis soole teistest osadest isoleeritud, niisamuti soole närvide läbilõikamise teel üldisest närvisüsteemist. See sekretooriline tegewus ei ripu mitte otsekohesest mõjust näärmerakkude pääle, sellepärast et vastava soolahappe lahu injitseerimisel veresse ei teki mitte sekretsiooni.

Selle asjaolu pääle toetades et peensoolesse valatud soolahape peab limanaha epiteelist läbi tungima enne kui ta veresse pääseb Bayliss ja Starling avaldasid arvamist, et peensoole limanaha rakkudes peab leiduma iseäralist ainet — prosekretiini — mis soolahappe mõjul sekretiiniks muutub. Viimane pääseb veresse ja viidakse selle vooluga pancreasesse, kus ta sekretoorilist tegevust sünnitab. Tõepoolest need samad autorid leidsid, et pancreas ergutatakse sekretoorilisele tegevusele ka ekstrakti injitseerimisel veresse, mis oli peensoole limanahast $^1/_2$%-lise soolahappe lahu abil saadud ja pääle selle neutraliseeritud.

Teiste autorite uurimused laiendasid Baylissi ja Starling'i andmeid. Nii selgus, et on võimalik sekretiini saada mitte ainult soolahappe mõjul, vaid ka teiste keemiliste ainete abil, millest mõned normaalses organismis ei leidugi. Sellepärast järeldati, et rakkudes leidub mitte prosekretiin, vaid valmis sekretiin, mis nende ainete mõjul rakkudest vabaneb ja veresse läheb.

Ka Wertheimer'i ja Boulet'i katsed (1911) tõendavad, et sekretiin on limanahas juba valmis seisukorras; nii pancreast ergutab sekretoorilisele tegevusele vedelik, mis duodenumi limanaha rakkudest väljapressimise abil saadakse, kui teda veresse injitseerida. Missugustes peensoole limanaha rakkudes sekretiin tekib, selle kohta pole mingisuguseid andmeid leida.

Minu arvates peensoole kroomaffiinrakkude struktuuri iseäraldused ja nende asekoht pääasjalikult duodenumis on täielikus kokkukõlas füsioloogiliste andmetega sekretiini üle ja sellepärast ma mõtlen, et peensoole kroomaffiinrakud valmistavad sekretiini ja on seega sisesekretsiooni teenistuses.

Minu tööd meresea pancrease juhe kroomaffiinrakkude üle pole veel lõpetatud ja kavatsen seda küsimust edasi uurida.

Resumé: Les cellules chromaffines ou phaeochromes peuvent être divisées dans deux groupes: celle de capsules surrenales et celle de l'épithélium de l'intestin grèle.

Les cellules de l'un et de l'autre groupe sont differentes au point de vue de leur origine et de leur morphologie; elles ne se ressemblent que par la réaction du chrom.

Des cellules chromaffines, qui se ressemblent tout à fait aux cellules chromaffines de l'intestin j'ai trouvè aussi dans l'épithélium du conduit du pancreas chez la cobaye; ici ces cellules ne sont pas encore décrites.

Quant à la fonction des cellules chromaffines intestinales, je crois qu' elles produisent de la sécretine, dont l'existence dans l'épithélium intestinal fut d'abord supposée par Baylin et Starling (1902) et affirmée ensuite entre autres par Wertheimer et Boulet (1911); tous ces auteurs ne savent pourtant aux quelles cellules attribuer cette sécretion interne.

*

72) Drd. med. K. Villemi. **Muudatustest vereliblede arvus kehalikkude harjutuste mõjul.** (Schwankungen der Blutkörperchenzahl nach körperlichen Übungen).

Veri, kui üks tähtsamatest inimese organismi kudedest, on iseäralik oma vedela rakuvahelise olluse poolest, mis võimaldab tema liblede alalist liikumist. Sarnaselt liikudes satuvad need üksikutes kehaosades mitmesuguste mõjude alla, mille tagajärjel nendes muutused, ka arvulised, esile tulevad.

Kui tugevate jõupingutuste mõju vereliblede arvu pääle saab teaduslikult kindlaks tehtud, siis väga võimalik, et kehalikud harjutused selle poolest üheks tähtsaks arstliseks abinõuks saavad. Üleselle oleks küsimusel veel teatud teoreetiline tähtsus.

Noorden tähendab, et keha liigutuste mõju vere loomise pääle ei ole veel mitte kindlaks tehtud. Naegeli tõendab, et jõupingutuste tagajärjel ja temperatuuri ärituste mõjul võib pinnaliste juussoonte veres suurendud valgete liblede arvu konstateerida, milles arvatavasti vasomotooriline mõju teatud osa mängib. Löikotsüütide kohta kehalikkude harjutuste juures on leitud, et nende arv juba 10 min. järele õige tuntavalt rohkeneb, koguni 2kordseks võib tõusta. Naegeli tõendab, et esimeses järjekorras lümfotsüütide arv tõuseb, pärastpoole aga, umbes tunni aja pärast, nöitrofiilide arv, mida tema füsioloogiliseks nähtuseks loeb. Gravitz seletab löikotsüütoosi sellega, et tugevama kudemahla vooluga lümfotsüüte rohkem verde sattub, kus nemad pärast nöitrofiilideks muutuvad, milline vaade aga teiste poolt tõendust leidnud ei ole. O. Naegeli tõendab, et alguses küll tugevam vool on kudemahlast, kuid pärastpoole pannakse kondiüdi poolt suurem arv löikotsüte liikuma. Ervin Becher tähendab, et kehaharjutuste juures naha juussoontes valgeid liblesid rohkem on, kui vena medianas, milles põhjuseks ei ole mitte vere tihedus, vaid mehaaniliselt põhjendud suurem valgete liblede väljavoolus oma sünnikohtadest (maks, põrn). Masseerimine, passiivsed lõpendite liigutused, sügavad hingetõmbused kutsuvad valgete liblede rohkenemise naha juussoontes esile. M. Schenk leidis, et valged libled pääle kehalikku harjutust õige tugevasti rohkenevad, millisest juurdekasvust löikotsüütid ja lümfotsüütid ühetaoliselt osa võtavad; eosinofüülid kalduvad vähe langemisele omas arvus. Azurgranuleerit lümfotsüütid rohkenevad enam kui mittegranuleerit. Pääle tugevaid jõupingutusi esinesid pääasjalikult noored lümfotsüütid.

Mis puutub punastesse libledesse, siis Cohnstein, Müller ja mõned teised ainult lühidalt tähendanud on, et nende arv kohe pääle kehalikku harjutust hästi suureneb (Cohnstein: 4025000 päält 7800000 pääle ühes cmm.). Cohnstein ja Zuntz'i järele põhjenevad füsioloogilised arvu vankumised ainult muutunud jaotuse pääl vere teedes, olles vasomotoorilistest mõjudest tingitud, ja täieste äraripumatad uute liblede esinemisest resp. hävinemisest. Hayem tähendab, et tugeva kehaehitusega ja lihakstega isikutel suurem punaste ele mentide arv on kui nõrkadel, ja et kehaliku harjutuse tagajärjel viimaste arv-

kasvab, sest lihakse tegevus avaldab vere pääle toitvat äritust. Gravitz tähendab, et punaste elem. arv veres vastab hapendumisele organismis. Müller seletab nende arvu rohkenemist juussoontes pääle kehalikku harjutust plasma väljatulekuga, mis vere rõhumisest oleneda. Bierring tähendab, et punaste liblede arvud hariliku eluviisi juures muutuvad päevast päeva. Kõige suurem vankumise ulatus on ühe miljoni ümber, harilik päevane — ½ miljoni ümber. Vankumised olla korratud, isiklikult mitmekesised ja söömaaegadest ärarippumatad, naeste- ja meesterahvastel ühetaoliselt.

Minul isiklikult oli võimalus katseid läbi viia 3 kooliõpilase juures:

1) J. P. 15 a.; 9. aastast saadik käib Tartu kõrgemas rahvakoolis. 10 aastasena põdenud leetrid ja 5 aastasena kurguhaigust. Vanemad ja 17 a. õde terved. Kehalikke harjutusi süstemaatiliselt teinud ei ole, täna algab.

St. praesens: Kasv keskmine, kehaehitus tugev. Muskli ja kondi kava hästi arenenud. Nahk pruunikas, puhas. Sisemised elundid terved.

2) E. A. 14 a. Tartu kõrgemast rahvakoolist. Vanemad, 2 venda ja 1 õde terved. 1 aastasena põdenud difteriid, 1 a. 7 k. leetrid; käib süstemaatilistel kehalikkudel harjutustel jaanuari kuust 1921. a. saadik.

Stat. praes.: Kasv keskmine. Kehaehitus tugev. Muskli ja kondi kava hästi arenend. Nahk puhas. Sisemised elundid korras.

3) K. K. 15 a. Treffneri gümnaasiumi kasvandik. Vanemad ja õde terved. 7 aastasena põdenud kopsu katarri ja leetrid, 8 a. — tuulerõugeid. Süstematiliste harjutustega algas paari päeva eest.

St. praesens: Kasv väike. Kehaehitus keskmine, tüse. Muskli ja kondi kavad hästi arenennd. Nahk puhas. Sisemised elundid korras.

Katsete tegenemine sai nii läbi viidud, et üks vereproov sai enne ja teine kohe pääle harjutusi võetud näpu otsast Frankli nõelaga.. Vereliblede lugemine Thoma-Zeissi lugemise-kambriga. Punaste juures sai 5 suurt ruutu (= 80 väikest) loetud, 200 × lahjenduses Hayemi vedelikuga. Valged loeti sellesama kambriga: kõik suured ruudud (= 256 väikest), 20 kordses lahjenduses ⅓ %-se äädika happe sulatisega, Methylenblau lisandusega.

Saadud tagajärgedest selgub (referent demonstreerib tabeli, kus arvud kurvidesse sisse kantud), et:

1) valgete liblede arv suurenes pääle kehalikku harjutust;

2) punaste arv langes I ja III katseisiku juures ja suurenes II juures.

Valgete arvu suurenemine pääle harjutusi on kirjanduslikkude andmetega täiesti kokkukõlas, kuna punaste elementide kohta saadud andmed viimastele üldiselt vastu räägivad. Siit paistab välja, nagu ripuks punaste arv kehaliste harjutuste juures teatud eritingimistest ära, nähtavasti harjumisest teatud kehaliste jõu pingutustega: harjunutel väheneb punaste elementide arv pääle harjutusi; süstemaatiliselt edasi harjutades jääb aga vähenemine nõrgemaks ja mõne aja pärast tuleb vähenemise asemel koguni rohkenemine esile.

Seletatav oleks see vast nii, et lihaksed, harjumatate juures vähe arenenud ja nende veres ka punaseid liblesid vähem on (Hayem), mille tõttu nad teatud töö tegemiseks rohkem hapnikku tarvitavad ja sellepärast ka hapniku kandjad, punased libled, just töötavatesse lihaksetesse rohkem kokku voolavad, teisi kohti, nagu nahaalust köitkudet, vähem täites. Lihaksed aga pärastpoole rohkem välja arenedes ja tugevamaks saades võivad samasuguse töö ära

teha punaste liblede vähema juurevooluga, mille tõttu viimaseid sinna enam endisel määral kokku ei voola.

Need katsed on muidugi liig vähesed, et nende tagajärgedest mõnda kindlat seadust võiks välja lugeda.

Resumé: Autor beschreibt seine Untersuchung der Blutkörperchenzahl bei 3 Schülern vor und nach stärkeren körperlichen Anstrengungen, er fand starke Vermehrung der Leukocythen nach der Anstrengung, Verminderung der Erythrocythen bei Ungeübten, Vermehrung bei Geübten.

Läbirääkimistel tähendab A. Lüüs, et oleks huvitav katsuda selgitada vereliblede tõusu resp. langemise põhjusi. see on missugused kvalitatiivsed muudatused veres esile tulevad; peaks mikrometoodid tarvitusele võtma ja konstateerima suhkru, keedusoola, lämmastiku muutusi. Seda loodame kõneleja edaspidistest katsetest.

*

Lisa.

73) Alfr. Johanson, Laborant-Bakteriologe d. I. Estnischen Division, Narva: **О вариаціах у Spirochaete Obermeieri** (Über Variationen bei Spirochaete Obermeieri). (Autoresumé.)

Die Spirochaete Obermeieri der Recurrensepidemie der Jahre 1920—1921 unterscheidet sich von derjenigen der Epidemie von 1916—1917 und, nach den Angaben der Lehrbücher zu urteilen, auch von der Spirochaete der meisten vorhergegangenen Epidemien. Der wichtigste Unterschied liegt in der Beweglichkeit. Die Spirochaete der früheren Epidemien bewegte sich sehr energisch, so dass sie im Wege befindliche Blutkörperchen heftig beiseite stiess. Die Spirochaete der Epidemien von 1920—1921 bewegt sich viel weniger energisch und verursacht keine in's Auge fallende Bewegung unter den Blutkörperchen. Ausserdem bestehen auch Unterschiede in der Färbbarkeit. Die Spirochaete von 1920—1921 färbt sich schwieriger, als die Spirochaete von 1916—1917. Sie muss 2—3 mal so lange gefärbt werden und die Präparate bleichen trotzdem aus.

(Järgneb.)

Sektsioon IIa: Kliiniline meditsiin. Section IIa: Médécine clinicale.

Koosolek 4. detsembril 1921, kell 9 hom. zoologia instituudi auditooriumis.

Koosoleku avab sektsiooni juhataja prof. Dr. K. Konik. Aujuhatajateks valitakse prof. Dr. K. Dehio Tartust ja Dr. K. Sibul Tallinnast. Sekretärid: Drd. med. Lindeberg ja Drd. med. Toomingas Tartust. Kantakse ette järgmised 8 eeskavakõnet:

74) Dr. Kropmann-Tartu: **Патологическія данныя к вопросу о развитіи нарывов спинного мозга при травматическом его поврежденіи** (Dates pathologiques de la question du developpement des abcès de la moelle épinière à sa lésion traumatique). Kõne sekretariaati mitte sisse antud.

Läbirääkimised. Diskussion.

Puusepp: На микроскопических препаратах видны измѣненія гліозных клѣток не только вблизи нарыва, но и далеко от него. Оказывается, что всѣ явленія міэлита зависѣли от нарыва.

Bresowsky stellt die Frage, ob die im gegebenen Fall beschriebenen klinischen Symptome der Myelitis nicht einfacher durch ein den Abszess umgebendes Ödem zu erklären wären, als durch eine Gliawucherung.

Dehio fragt, ob die klinischen Erscheinungen nicht durch eine Kompression seitens der Knochensplitter zu erklären seien?

Puusepp erklärt, dass auch der Kompression eine Bedeutung zukommen könnte, aber aus den mikroskop. Präparaten gehe es hervor, dass dem Rückenmarksabszess die ausschlaggebende Bedeutung zukommt.

*

75) Prof. Dr. K. Dehio: **Über Proteinkörpertherapie.**

In den letzten 5 Jahren hat die sog. Proteinkörpertherapie viel von sich reden gemacht. Die Zeitschriften sind voll von glücklichen Heilerfolgen, die durch die Einspritzung von Nukloïn, Kresoïn, Albumin, einfacher Milch und anderen Stoffen bei den verschiedensten Infektionskrankheiten und auch bei manchen nicht bakteriellen Erkrankungen erzielt worden sind.

Da die meisten der benutzten Mittel in die Gruppe der Eiweissstoffe gehört, so ist der Name Proteinkörpertherapie glücklich und bezeichnend.

Ich bin der Erste gewesen, welcher die subkutanen Einspritzungen von Porteinen zu therapeutischen Zwecken benutzt hat. Ich habe schon im J. 1904 auf dem Kongress für innere Medizin in Leipzig Mitteilungen gemacht über therapeutische Versuche, die ich gemeinsam mit meinen Assistenten Ackel, Soonets, Ling und Rothberg angestellt habe über die Wirkung von Bakterienproteinen, Deuteroalbumose und Witteschem Pepton bei verschiedenen Krankheiten.

Ich bin dabei von klinischen Erfahrungen und Gesichtspunkten ausgegangen.

Im Jahre 1891 führte Robert Koch sein neuerfundenes Tuberkulin in die Therapie der Tuberkulose und des Lupus ein. Bei der letzteren Krankheit waren unzweifelhafte Heilwirkungen vorhanden, aber die definitiven Erfolge doch mangelhaft und Rezidive die Regel.

In demselben Jahr wandten Dr. Truhart und Dr. Schwarz in Fellin das Tuberkulin gegen Lepra an mit demselben Erfolg zeitweiliger Besserung ohne definitive Heilung.

Sodann habe ich im J. 1899 die proteinhaltigen Extrakte des Bacillus prodigiosus und des Bacillus pyocyaneus bei Lepra und Lupus versucht und dabei wiederum zwar temporäre Besserungen aber keine Heilung erzielt. Im Jahre 1900 hat Ling dieselbe Erfahrung bei der Behandlung der Lepra mit Deuteroalbumose gemacht.

Endlich hat Rothberg im J. 1904 verschiedene Krankheiten, vor allen Dingen den Lupus mit Pepton behandelt; das Resultat war, dass man bei der letzteren Krankheit wohl vorübergehende Heilung und Überhautung der lupösen Geschwüre erreichen kann, aber keine endgültige Heilung. Bei der Tuberkulose der inneren Organe waren keine Erfolge zu erzielen, wohl aber häufig, wenn auch nicht immer, auffallende nnd überraschende Heilerfolge bei Gonorrhoe, Epididymitis, ulcus molle, Bubo, gummösen und chronischen Unterschenkelgeschwüren und bei Erysipel.

Im Allgemeinen muss man sagen, dass die Erfolge wechselnd und unzuverlässig sind und dass noch Erfahrungen gesammelt werden müssen, bevor die Proteinkörpertherapie Gemeingut der praktischen Aerzte werden kann.

Aber in theoretischer Hinsicht ist diese Behandlungsmethode doch vom grössten Interesse.

Es fragt sich, welche Tatsachen als feststehend betrachtet werden können?

Zunächst ist sicher, dass das Tuberkulin (Alttuberkulin von Koch) eine spezifische Wirkung auf tuberkulöse Prozesse ausübt, weshalb es ja auch zur Diagnose derselben verwandt wird. Daneben hat es aber auch die Fähigkeit in nicht spezifischer Weise auf die Lepra nnd wahrscheinlich auch auf andere Krankheiten einzuwirken.

Zweitens habe ich festgestellt, dass die proteinhaltigen Extrakte auch anderer Bakterien, z. B. des prodigiosus und des pyocyaneus sowohl auf den Lupus wie auf die Lepra heilende Einflüsse auszuüben vermögen.

Drittens haben wir gezeigt, dass Deuteroalbumose und Witte'sches Pepton wesentlich dieselbe Wirkung auf Lupus, Lepra und eine ganze Reihe anderer bakterieller Infektionskrankheiten ausüben, indem sie in den Erkrankungsherden eine reaktive zur Heilung tendierende Entzündung (sog. Handreaktion) hervorrufen, die von einer fieberhaften Allgemeinreaktion begleitet ist.

Für das Tuberkulin sind diese Reaktionen schon lange bekannt; von Wichtigkeit ist aber, dass sie auch für die anderen von mir geprüften Stoffe ihre Geltung haben, so dass wir daraus auf eine allgemeine Eigenschaft aller Proteinstoffe schliessen können, sofern sie auf parenteralem Wege, also z. B. durch subkutane Einspritzung, in den tierischen oder menschlichen Organismus eingeführt werden.

Alle von mir geprüften Proteinstoffe bakteriellen und nicht bakteriellen Ursprungs haben das Gemeinsame, dass sie, wie wir sehen, umfassende allgemeine nicht spezifische Heilwirkungen bei vielen verschiedenen, durch organisierte Krankheitserreger hervorgerufenen Infektionskrankheiten ausüben. Diese Heilwirkungen kommen dadurch zu Stande, dass die eingespritzten Proteinstoffe eine reizende Wirkung auf das Zellprotoplasma des erkrankten Organismus und speziell der lokalen Erkrankungsherde ausüben, wodurch das Protoplasma zu einer erhöhten Tätigkeit angeregt oder aktiviert wird. Diese erhöhte Tätigkeit äussert sich darin, dass das Protoplasma, nachdem es mit den Krankheitserregern und deren Toxinen und Endotoxinen in Berührung gekommen ist, zu einer verstärkten Produktion von Antikörpern angeregt wird.

Diese Reizung und Aktivierung des Protoplasmas erfolgt besonders intensiv an den Körperteilen und Organen, welche direkt, lokal von den Bakterien und ihren Antigenen (Toxinen und Endotoxinen) angegriffen werden, also an und in den lokalen Krankheitsherden, wie z. B. in den Lupusgeschwülsten und den Lepraknoten. Da entstehen Antitoxine, bakterizide Stoffe u. s. w., sowie chemotaktische Wirkungen, die zur Anhäufung der Leukocyten in und um den Erkrankungsherd führen und die Phagocytose hervorrufen. So kommt es zur Herdreaktion. Andererseits treten die in den Körperzellen gebildeten Antikörper ins Blut über und erzeugen hier durch den Abbau der eingespritzten Proteinsubstanzen pyrogene Stoffe, die die fieberhafte Allgemeinreaktion hervorrufen.

Wir dürfen aber nicht vergessen, dass die parenteral eingeführten Proteinsubstanzen zwar die im kranken Organismus tätigen immunisatorischen Vorgänge anzufachen vermögen, dass sie aber nicht im Stande sind von sich aus die Produktion von spezifischen Antikörpern oder Immunkörpern hervorzurufen. Hierzu sind natürlich nur die Krankheitserreger in lebendem oder totem Zustand (Vaccinen) und die in ihnen enthaltenen oder von ihnen ausgeschiedenen Antigene (Toxine, Antitoxine u. s. w.) befähigt. Wo aber die Produktion von Antikörpern und der Kampf der Phagocyten gegen die Krankheitserreger schon im Gange ist, da kann die Energie, mit der die Körperzellen ihre Antikörper produzieren und mit der die Phagocyten ihren Vernichtungskampf gegen die Krankheitserreger führen, durch die Proteinstoffe gewaltig erhöht und so der Sieg des Organismus über die eingedrungenen Bakterien ermöglicht oder wenigstens beschleunigt werden. Es ist Weichardts Verdienst diese Leistungssteigerung der Körperzellen, die er als Protoplasmaaktivierung bezeichnet, durch das Tierexperiment belegt und nachgewiesen zu haben.

Andererseits wissen wir, dass der tierische Organismus auf die parenterale Einverleibung von Pepton oder Albumosen mit der Produktion von spezifisch auf diese Stoffe eingestellten Amboceptoren reagiert. Diese Amboceptoren sind aber nicht zu verwechseln mit denjenigen Antikörpern, welche

speziell auf die im gegebenen Krankheitsfall in den Körper eingedrungenen Bakterien und auf deren Antigene abgestimmt sind, und haben auf die letzteren keinerlei Einfluss.

Dasselbe gilt auch von den Bakterienproteinen, welche in meinen Prodigiosus- und Pyocyaneusextrakten vorhanden sind, sowie auch vom Tuberkulin (Alttuberkulin), welches bekanntlich die Stoffwechselprodukte und die wasserlöslichen Extraktivstoffe der Tuberkelbazillen enthält.

Wir stehen also vor der Tatsache, dass sowohl die in den Bakterienextrakten enthaltenen pathogenen und nicht pathogenen Proteine wie auch die Eiweisskörper nicht bakteriellen Ursprungs das Gemeinsame haben, dass sie den Organismus zur erhöhten Aufbietung seiner Abwehrkräfte, mögen sie nun von Natur vorhanden oder auf spezifischem Wege erworben sein, durch Protoplasmaaktivierung antreiben und andererseits auch spezifische Wirkungen ausüben, indem sie die Produktion spezifischer Antikörper wachrufen.

Es ergiebt sich hieraus die Anschauung, dass alle diese Stoffe nach ihren biologischen Eigenschaften und Fähigkeiten und nach ihrer pharmakodynamischen Wirkung eine gemeinsame Gruppe bilden.

Ein Beispiel mag die Sache erläutern.

Die Tuberkelbazillen produzieren Toxine und Endotoxine, welche den Menschen tuberkulös machen; sie wirken infektiös, indem sie sich vermehren; zugleich rufen sie durch ihre Toxine und Endotoxine, welche als Antigene wirken, die Produktion der Antikörper wach. Das ist ein spezifischer Vorgang. Diesen spezifischen Vorgang wollte Koch durch die Einspritzung des Tuberkulin, in welchem ja ein Teil der tuberkulösen Antigene vorhanden ist, befördern. Zugleich hat aber das Tuberkulin auch eine allgemeine anregende Wirkung auf das Protoplasma der Körperzellen der nicht tuberkulösen Menschen. Das wissen wir aus den Versuchen an den Leprösen, deren Abwehrkräfte durch das Tuberkulin ebenfalls gestärkt und angefacht werden.

Auch das Pepton wirkt auf den Körper des Menschen als ein spezifisches krankmachendes, fiebererregendes Antigen. Aber es ist nicht vermehrungsfähig und wirkt daher nicht infektiös, sondern toxisch, aber es feuert ebenso, wie das Tuberkulin die Bildung von Abwehrkräften sowohl im leprösen wie im tuberkulösen Organismus an.

Wir kommen also zu folgendem Schluss:

Die durch die Proteine wachgerufenen biologisch-chemischen Vorgänge sind bei allen diesen Stoffen wesentlich die gleichen. Sie sind nur zum Teil spezifischer Natur, zum anderen Teil aber von allgemeiner, einheitlicher, nicht spezifischer Art. Diese letztere bei allen Infektionskrankheiten zur Geltung kommende Wirkung ist es, die wir bei der Proteintherapie auszunutzen bestrebt sind.

Läbirääkimised. Diskussion.

Bettac hat 1907 auf Veranlassung von Prof. Dehio den Einfluss von subkutanen Peptoninjektionen auf den Komplementgehalt von Meerschweinchen und Kaninchen untersucht und dabei feststellen können, dass, wie schon durch die Versuche von Wolf und Wassermann wahrscheinlich gemacht worden war, der Komplementgehalt durch Peptoninjektionen erhöht wird. Auch der Gehalt von natürlichen Ambozeptoren schien zu steigen. Wir müssen wohl die Heil-

wirkung des Peptons in 2 Komponenten zerlegen: 1) in eine Komplementsteigernde, die auf eine spezielle Peptonwirkung zurückzuführen ist; 2) in eine den Ambozeptagehalt erhöhende Komponente, die auf die allgemeine Fieberwirkung zurückzuführen ist.

Lepp: Ei vôi nimetamata jätta üht bakterioloogiliselt kindlakstehtud anthrax'i juhtumist, kus haige lootuseta seisukorras voodis lemas, kuna korduvate normaal hobuse seerumi naha alla pritsimise järele haige kiiresti paranema hakkas: môistus läks selgeks ja nekrootilised pesad muutusid puhtaks. See hää tagajärg annab mulle edaspidisteks katseteks julgust ja soovitan ka teistel ametivendadel seesugust teraapiat katsuda.

Pusepp: В невропатологіи я примѣнял леченіе впрыскиваніем молока эпилепсіи, множественнаго склероза и хореи и во всѣх случаях особо хороших результатов не получил, хотя при эпилепсіи получилось нѣкоторое улучшеніе умственных способностей.

Rothberg: Ich kann mich im Allgemeinen den Ausführungen anschliessen. Nur einige Worte für die Praxis. Auch ich muss vor unnützen Hoffnungen warnen. Noch in letzter Zeit habe ich mit Dr. Peterhof in einer Reihe von Dysenteriefällen Milch nach der Empfehlung von Döllcke injiziert. Meine therapeutischen Erfolge waren negativ, sofern es sich um schwerere Fälle handelte, ebenso in einigen Fällen von Endocardites und Sepsis. Bei der Proteinkörpertherapie handelt es sich natürlich nur um unspezifische, gelegentlich zu beobachtende Heilerfolge. Ich erinnere noch daran, wie vor kurzem Bickel die Grundlagen der Diphteriebehandlung erschüttern wollte, indem er behauptete, normales Pferdeserum leiste dasselbe. Dieses ist glänzend widerlegt, obwohl man nicht bestreiten kann, dass auch Normalserum gelegentlich eine Wirkung zur Folge hat.

Loewe weist darauf hin, wie die „Proteinkörper"-therapie, die „omnicellulären" Wirkungen, eine Brücke zwischen der reinen Empirie und der experimentellen Schulpharmakologie zu schlagen berufen ist. Sie ist die unspezifischste aller Arzneiwirkungen und vermag doch hochspezifische Wirkungen hervorzurufen, wie sie der mit der heutigen Pharmakologie Unzufriedene und der Homöopath nur bei „spezifischen" und im Laboratorium nicht fassbaren Mitteln sucht.

Kress: Als praktischer Arzt möchte ich 2 Erkrankungen anführen, bei denen mich die Proteinkörpertherapie noch nie verlassen hat, Bubo und gonorrh. Komplikationen (Arthritis gon. und Epididymitis). Fälle, die wochenlang ohne Resultat behandelt waren, gehen auf 1—3 Injektionen blitzartig zurück. Bei anderen Erkrankungen, insbes. Erysipel, waren die Resultate sehr wechselnd.

Dehio bittet die Kollegen nur ruhig weiterzuspritzen und auch die Misserfolge zu veröffentlichen. Mehr als 20—30 Injektionen werden nicht vertragen. Besonders betont Ref. ihre Bedeutung speziell bei Lupus.

*

76) Prof. Dr. L. Puusepp-Tartu. **О пересадкѣ корешков спинного мозга при вялых параличах** (Sur la transplantation des reines de la moelle èpinière chez des paralysies lâches). В этих случаях дѣтскаго спинномозгового паралича, гдѣ послѣдній захватывает большое количество мышц, напр. всю нижнюю конечность и когда ортопедическое леченіе не приносит пользы, докладчик примѣнил в 4 слу-

чаях пересадку соотвѣтствующих корешков к вышележащим. Операція состояла в ламинэктоміи, в перерѣзкѣ 2, 3 и 4 поясничных корешков и 11 и 12 нижних грудных и трансплантаціи поясничных 2 и 3 к 11 и 4 к 12 грудному корешку. — В 3 случаях больные находились от 3 до 14 мѣсяцев под наблюденіем послѣ операціи и в 2 случаях, гдѣ наблюденіе продолжалось 11—14 мѣсяцев, удалось замѣтить движеніе в парализованных до того мышцах и объем конечности увеличился, т. е. можно было говорить о возстановленіи проводимости. В 1 случаѣ наблюденіе продолжалось всего 2 мѣсяца и можно было у мальчика 8 лѣт наблюдать повышеніе как бы тонуса мышц, но движеніе еще не обнаружено. В тѣх случаях, гдѣ операція произведена в концѣ 2 года послѣ начала болѣзни, результаты получились больше и скорѣе, чѣм при операціи спустя 2 и больше лѣт послѣ начала болѣзни. В одном случаѣ при поврежденіи конскаго хвоста (паралич нижн. конечностей и пузыри) произведено автором трансплантація средней части конского хвоста к 12 нерву грудному и спустя 2 мѣсяца, недержаніе мочи исчезло и появилось чувствительность в промежности.

Эти факты указывают, что безусловно является возможным трансплантировать корешки спинного мозга, но докладчик пока воздерживается от каких либо закюченій, так как считает необходимым прослѣдить большій промежуток времени своих больных и накопить еще матеріал для установленія, как условій возстановленія нервной проводимости, так и показаній к оперативному вмѣшательству экспериментальныя данныя Krevington'a, Vidol'я и Бурденко касаются главным образом инхирвациі пузыря, но в всяком случаѣ можно думать, что возстановленіе спинных корешков безусловно происходит.

Относительно свѣже перерѣзанных корешков вопрос о возстановленіи проводимости не подлежит сомнѣнію, так как приходится иногда производить временную резекцію корешков с послѣдующим швом их и всегда наблюдается возстановленіе проводимости. Эти опыты первых операцій убѣждают нас в том, что эти операціи технически выполнимы и что возстановленіе проводимости безусловно имѣет мѣсто, но насколько велика это возстановленіе и насколько широко приспособляются новые пути к новой своей работѣ — это покажут только дальнѣйшія наблюденія.

Läbirääkimised. Diskussion.

Mintz: Es fehlt der Beweis, dass die minimale Besserung wirklich ein Resultat der Plastik und nicht von Veränderungen im Rückenmark ist. Die Bewegungen im Unterschenkel in sitzender Stellung, die, wie angegeben, gering sind, sind ebenfalls nicht massgebend. An den peripheren Nerven wissen wir, dass Verwachsen und Leiten nicht zusammenzufallen brauchen, dass der Misserfolg das Gewöhnliche ist. Wenn man annimmt, dass bei der beschriebenen Wurzelplastik Leitung eingetreten ist, so müsste der motorische Ausschlag an der Peripherie ein bedeutend ausgedehnterer sein, da ja die Operation hoch oben an den Nervenkabeln angreift.

Kron begrüsst die interessanten Versuche des Vortr. vom Standpunkte des Physiologen. Vom Standpunkte des Klinikers verspricht er sich nicht viel von dieser Behandlung bei der Poliomyelitis ant. chron., wo die Heilungsvorgänge auf viele Jahre sich erstrecken können. Ob nicht in manchen Fällen

die Lamektomie als solche, ähnlich der Laparotomie bei der Peritonitis tuberculosa, gewisse Heilungsvorgänge anregen kann.

Puusepp не считает ламинэктомію тяжелой операціей, если оно произведена на здоровом позвоночникѣ. Что кажется операціи корешков, то временная перерѣзка послѣдних и затѣм шов переносится больными легко и хорошо, чувство возстановляется, Реф. не раздѣляется пессимистических взглядов Dr. Alksne о регенераціи периферич. нервов. Все зависит от техники и случаи, кот. произведены им, убѣждают его в необходимости нервнаго шва.

*

77) Dr. J. Kron-Riga: **Ueber Halsrippen.** Eingehender Bericht über einen in Riga beobachteten Fall, der Ref. Anlass giebt zur strittigen Frage über das operative Eingreifen bei Halsrippen mit Zirkulationsstörungen Stellung zu nehmen. — Veröffentlicht in der „Deutschen Medizin. Wochenschrift“ № 29. 1922.

In der Diskussion erläutert Mintz die springenden Punkte und Schwierigkeiten der Operation, wie sie ihm bei dem berichteten Fall entgegengetreten sind.

Puusepp: У меня было 5 случаев подобных. Эти случаи проходят часто под видом профессіональных невральгій, пока наконец при изслѣдованіи оказалось шейное ребро. Поэтому я вполнѣ присоединяюсь к мнѣнію докладчика, что таких случаев много, нужно в этом отношеніи нам невропатологам быть очень осторожным с діагнозом профессіональной невральгіи. Я в таких легких случаях примѣнял обычно особого рода держатель спины, чтобы отвести назад лопатки и таким образом устранял давленіе.

*

78) Drd. med. W. Lindeberg-Tartu: **Trauma tähendus tuberkuloos ajukestade põletiku arenemises** (Lésions traumatiques et meningitis tuberculosa).

Veel mõni aastakümme tagasi eitati täielikult sidet trauma ja tuberkuloos-meningiidi vahel. Henoch näit. kirjutab: „Traumat põhjuseks lugeda niisugusel korral, iseäranis pää pääle kukkumist, mis lastevanemate poolt ikka ette tuuakse, on harilikult enesepettus ja juhusline nähtus“.

Kliiniliste ja experimentaalsete andmete põhjal aga selgus viimase 15 a. jooksul, kui suurt osa mängib trauma luu- ja jätkutiisikuse ja teatavatel tingimistel ka kopsutiisikuse esiletulekus. Multanowski tegi eksperimentaalselt kindlaks, et isegi lihaksed, mida tuberkuloosile immuuniks loeti, võivad trauma mõjul tuberkuloosi haigeks jääda.

Et tuberkuloos-meningiiti kui trauma tagajärge kriitiliselt valgustada, peab silmas pidama, et terves organismis ainult trauma abil tuberkuloosi haigus tekkida ei või, vaid alustingimine selleks on — tuberkuloosi pesa leidumine kopsudes, lümfaatilises apparadis või teistes kehaosades. Võib ka pääajus tuberkuloos sõlm olla, mis ennast varemalt kliiniliselt tunda ei annud. Tähtis on aja kindlakstegemine, mis trauma momendist kuni kliinilise tuberkuloos-meningiidi pildi väljaarenemiseni mööda läks. Mitte harva, iseäranis kohtumeditsiinilises praktikas, tõuseb küsimus, kas võib 2—3 päeva pääle traumat täieline tuberkuloos-meningiidi pilt areneda? Eksperimentide kui ka kliiniliste tähelepanekute põhjal on selgunud et haigus kindlaks kujuneb mitte enne

10—11 päeva pääle trauma, mõnikord koguni palju hiljem. Teisest küljest on aga võimata kindlaks määrata äärmist tähtaega, millal veel tuberkuloos-meningiidi arenemist traumaga ühendusesse panna tohiks: pääle pääluu traumat näit. võib selle põhjal üks ehk paar tuberkuloos sõlme areneda, mis ennast absoluutselt mitte millegagi tunda ei anna, kuid aeglaselt rohkearvulisemaks saavad ja ainult mitme kuu pärast, ja veelgi hiljem väljaarenenud tuberkuloos-pildi esile kutsuvad. — Edasi äratab huvi küsimus, kuidas kliiniliselt ette kujutada enesele ühendust trauma ja tuberkuloos-meningiidi vahel? Siin sünnib M e r k i arvamise järele seesama, mis teistes kehaosades. Raske keha põrutuse juures saavad tuberkuloos pisilased omast pesast ajutise vere ehk mahla tsirkulatsiooni korratuse läbi välja uhetud; nad satuvad trauma läbi vigastatud aju osade pääle, kus väikesed verevalangud ei puudu. — See küsimus, miks tuberkuloos-meningiit, ka traumaatiline, pääasjalikult basaal osas lokaliseerit, on praeguse ajani vastamata. Vahest oleks siin järgmine seletus võimalik: Tiisikuse bakteeriad arenevad pääasjalikult niisugustes kehaosades, kus vereringvool aeglane on; seega iseäranis on neile hääks arenemise kohaks pääaju põhja laiad tsisternid. Siin nemad kutsuvad alguses eksudaadi esile, ja pärast tuberkuloos sõlmekeste arenemise, milleks muidugi teatavat aega tarvis on (mitte vähem kui 10—12 päeva).

Kõike kokku võttes võib seega leida terve rida juhtumisi, kus ühendus tuberkuloos-meningiidi ja trauma vahel vastuvaidlemata tõsiasi on, kuigi literatuuri andmete järele see protsent õiete väike on. F i s c h e r, Leipzigis, korjas kokku 20 aasta materjali, kokku 260 tuberkuloos-meningiidi juhtumist, millest ainult kolmel anamneesis traumat, kui meningiidi põhjust, nimetati. Silmas pidades aga, et ainult akuut juhtumistel võime meie haige poolt oodata trauma nimetamist, kuna pikaldastel juhtumistel väga sagedasti eelkäinud trauma tähelepanemata jäetakse, võib arvata et see % tõepoolest suurem on. — Toon nüüd ühe meie kliinikus ettetulnud tuberkuloos-meningiidi juhtumise ette, mis ka eelolnud traumaga ühendusesse tuleb panna:

Jüri S., 26 a., sõdur. Isa ja üks õdedest on tiisikuse kätte surnud. Haige ise kõhis harva, üldiselt käesoleva ajani terve olnud. Veebruari kuu esimesil päivil kukkus temale ühe arsina kõrguselt kaevu blokk-ratas pääle ja andis kaunis tugeva jõuga hoobi lagipähe. Meelemärkust selle juures ei kaotanud, nahahaava näha ei olnud. Paar päeva hiljem kannatas päävalude all, mis iseäralist vaeva ei teinud. 7-al veebruaril ilmusid juba vaikinud päävalud uuesti, seekord raskel kujul ühes külmavärinatega. 8-dal tundis end niivõrd haige olevat et voodi heitis. Paar kord oli südame pööritus, kuid ei oksendanud. Kliiniku vastuvõtmisel kaebab suurte päävalude üle. 18. II. S t a t u s: Haige lamab poolkinniste silmiga, aeglaselt ja apaatiliselt vastab küsimiste pääle. t° — 37,9, puls — 102. Silmaterad keskmiselt- ühelaiused, reageerivad hästi valguse pääle. Naha ja kõõlusrefleksid loomulikkes piirides. Babinsky puudub. Tundlikkus intakt. Kaela lihaksete kangestus nõrgalt väljendatud, Kernigi sümptoom kergelt positiv. Kõht sugu sissetõmmatud, valuta. Pahemas kopsus teise ribivaheni — tumestus; auskulteerides kuulda krepiteerivaid peenemullilisi raginaid ja nõrgendatud hingamist. Paremas tipus, iseäranis taga, kare exspirium. Sputum'is palju tbc. kepikesi. 26 II. Oksendamine, selge Kernig, teravalt väljendatud epistotonus, päävalud, iseäranis kukla piirkonnas. Aeglaselt kuid selgelt vastab küsimiste pääle. 28. II. Lumbaalfunktsioon, 10 kubikut selget läbipaistvat vedelikku Nonne-Apelt nõrk-pospitiv, 8—9 lümfoozüüti vaateväljas. Tbc.-kepikesi leida ei ole. — 2. III. Äkiline halvenemine. Küsimiste pääle vastab selgelt, rohkem ammumisega. 4. III. Meelemärkuseta olekus. Näo-lihaksetes tõmbed. Silmaterad laienenud, halvasti reageerivad valguse pääle. Põlve ja Achillese kõõlusrefleksid puuduvad. 6. III. Exitus letalis. S e k t s i o o n i juures oli leida subakuut-tuberkuloos protsess mõlemates kopsu tippudes ja basaalne tuberkuloos-meningitis. Iseäralisi teravaid muutusi lagipää piirkonnas, mis hoobi all kannatas, leida ei olnud, välja arvatud pehme aju-kesta tumenemine siin ja mujal, ja infiltratsioon, iseäranis sulcus'te kohal kui ka veresoonte käike mööda.

Kokkuvõttes näeme seega, et trauma läbi väljakutsutud tuberkuloosmeningiidi juhtumised tõesti olemas on. Rohkem akuut iseloomuga juhtumised annavad kliiniliselt arenenud pilti mitte enne 10—11 päeva; aeglase käiguga juhtumistel varemalt olnud trauma juures, iseäranis pää piirkonnas, ei tohi trauma ja meningiidi ühendust eitada ka mitme kuu jooksul pärast trauma saamist.

Resumé: Nach allgemein einleitenden Bemerkungen wird ein Krankheitsfall angeführt: 26-jähr. Soldat, mittelschweres Trauma der Parietalgegend durch ein Blockrad Anfang Februar 1921. Bei der Aufnahme in die Nervenklinik am 18. II. (10—16 Tage nach dem Trauma) klinische Symptome einer Meningitis: heftige Kopfschmerzen, Übelkeit, leichte Nackenstarre, schwach positiver Kernig. Unter zunehmender Verschlimmerung Exitus let. am 6. III. Sektion ergab Tbc. beider Lungenspitzen, basale tuberkulöse Meningitis ohne ausgesprochene Veränderungen in der Parietalgegend.

Läbirääkimised. Diskussion.

Rothberg: An eine gewissermassen mechanische Wirkung des Traumas bei der Entstehung der Meningit. tbc. ist schwer zu glauben, es sei denn, dass eine direkte Verletzung eines tuberk. Heerdes stattfindet. Einmal beobachtete ich im Anschluss an die Operation einer vereiterten tbc. Drüse das Auftreten der ersten Symptome des Meningittis nach etwa 8—10 Tagen. Vielmehr glaube ich, dass das Trauma die Immunität (die nach einer tuberk. Infektion aufgetreten ist) in demselben Sinne ungünstig beeinflusst wie gewisse Krankheiten (Morbilli, Pertussis), nach denen bekanntermassen die bis dahin schlummernde tbk. Infektion mobil wird.

Luiga: Meningitis tuberculosa formes frustes on väga sagedased ilma ilmseid kliinilise sümptoome andmata. Sellepärast on oletus trauma mõjust meningitis tbc. suhtes kahtlane. Juhtumistes kus tuberc. mening. trauma tagajärjeks pannakse, on lihtsalt latentse meningit. tuberc. avaldumine. Anamnestiliste andmete põhjal trauma õige kaudse tähtsuseta mõjuna esineb, nagu seda meie sõja ajal kogenud oleme.

Lindeberg: Tuberkulose nach Trauma ist experimentell sicher erwiesen. Wie sich die Ausschwemmung der Tuberkelbazillen aus dem primären Herd vorstellen lässt, ist noch nicht ganz sicher zu erklären. Vermutlich kommen im zirkulierenden Blut viel öfter Tuberkelbazillen vor, als wie wir uns das vorstellen; dass sie dabei am locus minoris resistenter haften bleiben und sich weiter entwickeln können, lässt sich nicht ohne weiteres abweisen.

*

79) Prof. M. Bresowsky-Dorpat: **Ueber fragliche Testierfähigkeit bei Greisen.**

Die Beurteilung des Geisteszustandes eines Testators gehört zu den misslichsten Aufgaben des Arztes, wenn sie, wie gewöhnlich, nach dem Tode des Erblassers vorgenommen werden soll. Der Begutachtende besitzt als Material bloss die Zeugenaussagen und, allenfalls, das Testament selbst, dessen Form und Inhalt ihm gelegentlich Fingerzeige geben können. Um die Zeugenaussagen besser bewerten zu können, müsste man eigentlich auch alle Zeugen einer Begutachtung unterziehen, da ihre Fähigkeit Wahrnehmungen zu machen und sie objektiv wiederzugeben keineswegs feststeht, ganz abgesehen davon,

dass sie meist am Ausgang des Prozesses interessiert sind. — Die grössten Schwierigkeiten bei der Beurteilung machen die ohne auffällige Symptome verlaufenden krankhaften Geisteszustände, die dem Laien vielfach als Zustände geistiger Intaktheit erscheinen. Andererseits werden auffällige, aber nicht eindeutige Symptome als sichere Anzeichen bestehender Geisteskrankheit aufgefasst, so z. B. wird der Hemiplegiker oder der an Paralysis agitans leidende von Laien vielfach ohne weiteres für Geisteskrank gehalten. Zu diesen Symptomen gehören auch die Gedächtnisstörungen, die zwar auffällig sein können, keineswegs aber eine Disposition oder Testierunfähigkeit beweisen. Namentlich dann nicht, wenn sich der zu Untersuchende seiner Gedächtnisstörungen bewusst ist. Für die Testierunfähigkeit würde das Auftreten von Konfabulationen zu verwerten sein, auch zeitweilige Unorientiertheit. Andere von Laien bemerkte Symptome können sehr wichtig sein, sind aber in der Regel kaum als einwandfrei beglaubigt zu betrachten, wie z. B. autochthone Stimmungsschwankungen, unmotivierte Missdeutungen alltäglicher Vorkomnisse u. dgl. m. — Der Arzt wird selten in der Lage sein sich ein ganz ausreichendes Bild von der geistigen Verfassung des Testators zu machen. Man müsste den Erblassern empfehlen ihre Testamente bei der Abfassung ausführlich zu motivieren, wodurch ein grosser Teil der diesbezüglichen Prozesse vermieden werden würde.

Läbirääkimised Diskussion.

Fischer: Die Gedächtnisstörungen können sehr eigenartig sein und müssen bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes inbezug auf Testierfähigkeit sehr vorsichtig beurteilt werden. — Bericht eines Falles von Gedächtnisstörung nach multipler Neuritis, wo Patient den ihn im Laufe von Jahren behandelnden Arzt beim Eintritt ins Zimmer stets nicht wiedererkannte, — sonst aber keine Störungen logischen Denkens aufwies und in dem tadellos funktionierenden Gedächtnis für die Vergangenheit keine Defekte hatte. — Es wäre wohl am Zweckmässigsten, wenn das Gesetz die fachmännische Untersuchung des Testators bei Abfassung des Testaments verlangen würde.

Luiga: Senile Demenz gehört mit Sprachstörungen zu den schwierigsten Problemen bei der Expertise, da sie zu den normalen Erscheinungen im Alter gehört, wenigstens in leichter Form. Es können vorhanden sein ausgesprochen senilpsychotische Erscheinungen, dabei eine sehr klare Auffassung in ökonomischen Fragen seine Person betreffend. Die psychiatrische Expertise kann ihn für geisteskrank erklären und trotzdem hat das Gericht Recht ihn für zurechnungsunfähig zu erachten.

*

80) Drd. med. A. Tomingas-Tartu. **Sklerosis tuberosa juhtumine.** 1880. kirjeldasid Bourneville ja Hartdegen tähendatud haiguse juhtumisi, mis kutsusid esile spetsialistide keskel kuni senini järjest kasvavat tähelpanu. Sarnaseid juhtumisi, huvitavaid kliinilise sümptomokompleksi kui ka patholoogo-anatoomilise ja histoloogilise avaldusvormide poolest, on esile toodud viimastel aastakümnetel kunni 100-ni. Esinen ühe juhtumisega, mis minu andmete järele, esimene' kui niisugune on leidnud diagnostitseerimist Tartus.

M. A., 15 a. vana, eestl., paigutati kliiniku 13. II. 1920. a. Ema sónade järele olnud tal 8-mal kuul „krambid"; 2-he aastaselt hakanud rääkima. 5 a. vanaduses ilmunud jälle krambihood, sarnased epileptilistele. Haige olnud

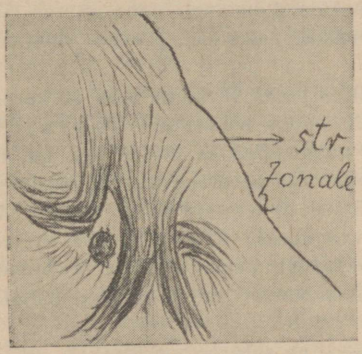
kergesti äritatav ja tige; viimane aasta hoitud teda ahelas. Sugulased terved; pääle ühe isa oma, kes põdenud langetõbe ja vaimuhaigust. — Haige ise degeneratsiooni tundemärkidega, muidu normaalse kehaehitusega. Närvikava orgaaniliste defektide sümptoomid puuduvad. Näo pääl, iseäranis põskedel ja mõlemal pool nina väikesed punased vistrikud; — adenoma sebaceum (typus Pringle). Vaimliselt kuulub idiootide hulka: abstrakt mõistete ja kombinatoorse võime puudumine; värvide mittetundmine (pääle musta ja valge); arv, mis üle 2, on haigele „palju". — Haiguse käigust kliinikus oleks nimetada: veebruari kuul 6 epileptilist hoogu, märtsil — 10; aprillil — 8; 22. IV. pääle palavik (kuni 40,1°); 24. IV. angina catarrhalis. Palavik kestis kuni 8. maini, mil haige suri kurnatud olekus. Sektsioon näitas järgmist: Mõlemate pääaju poolte koor üle külvatud mitmesuguses suuruses pesadega, mis eralduvad oma valgema värvi ja kõvema konsistentsi poolest. Neid pesi on kahte sugu: ühed on muhkude sarnased (hüpertroofilised pesad); teised on nööbisarnastena vaoga eraldatud ümbritsevast koest, oma keskosas lohukest sünnitades. Üks sarnane suur (3 cm. läbi mõõta) „ümbritsetud" pesa asub gyrus praecentralis dextr. ülemises osas; teine samal pool gyr. front. med. keskmises osas (diam. 2 cm.). Selles samas aju pooles on hüpertrofeerituid suuremaid pesi gyr. centr. post. ülemises osas), cuneuses, lab. parietalis'es, ja veel mitmed vähemad. Mõlemil pool pesi kokku 8—10.

Ajuäär-koopa (ventr. late) ependym üle külvatud paljude värskeste kasvajatega. Muud pääaju osad; cerebellum, pons oblongata, dura ja pia materon makroskoopiliselt normaalsed (medulla spinalis jäi läbi vaatamata meist rippumata põhjustel). — Teistes orgaanides, pääle neerude, patoloogilist silma ei paistnud. Mõlemad neerud, suurenenud kogu poolest, on läbi kasvanud paljude ja mitmesuguses suuruses valgete pesadega, millest mõned koorest väljakasvanud tubli kastani pähkli suurustena.

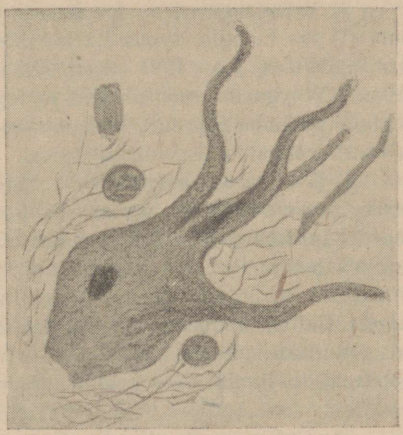
Mikroskoopiliselt näeme järgmist:

Pääaju koore pesades, hüpertroofilistes ja ümbritsetutes, paistab silma neuroglia võrsumine, iseäranis stratum zonalis'es, kus näeme mitmete autorite poolt kirjeldud vihu- ja ristkujulist gliakiude kasvamist, mis iseloomuline on käesolevale haigusele (Pilt № 1). Neuroglia rakke on leida suurendud arvul; paiguti neis jagunemise tundemärgid. — Närvirakkude cytoarchitektoonika on hüpertroofilistes pesades enam-vähem alal, pääle üksikute suurte gangliarakkude strat. zonali'se lähedal, kus neid harilikult pole leida; kuid „ümbritset" pesades on väikeste ja suurte püramiidliste rakkude read segamini paisatud; nende arv on suuresti vähenennd ja kohati puuduvad nad täiesti. Kõikides pesades avaldavad gangliarakud degeneratsiooni tundemärke. Kõige rohkem tähelpanu äratavad, n. n. „suured rakud", 40—90 mikr. läbi mõõta. Neid leiame pesades korratult laiali pillatud, mitmesuguses suuruses ja muutuvates vormides: mõned on selge fibrillääarse struktuuriga, normaalse gangliaraku välise kujuga ja keemiliste omadustega, teised homogeense kehaga, suurte harudega, väga muutlikud oma suuruse ja välise vormi poolest (Pilt № 2). Aju ääre koopa ependym'i kasvajad seisavad koos neuroglia rakkudest ja kiudest. — Aju veresoontes patoloogilisi nähtusi ei leidu. — Neerude patoloogilised osad seisavad koos epiteliaalneerukoest, rasva-, silemuskli- ja sidekoest. — Adenoma sebaceum, ge näol, avaldab papilloomi mikroskoopilist pilti ja on sarnane naevus'ile.

Kokku võttes kirjeldud haiguse kliinilisi sümptoome, pääaju, neerude ja naha makroskoopilist ja mikroskoopilist pilti, peame meie lugema tähendud juhtumist kahtlemata sklerosis tuberosa hulka, haiguse, mille patogeneesi seletamine veel tänini raskusi sünnitab. Bourneville ja ta õpilased pidasid seda haigust encephalitise taoliseks. Kuid pesades puuduvad põletikule omased veresoonte, pia materi, glia jne. muutused, mis, ühes „suurte rakkude" leidmisega tõendab, et siin encephaliidiga tegemist ei ole. — Hartdegen, Berdez, Tedeschi j. t. viivad sklerosis tuberosa neoplastiliste haiguste hulka, kuid ka see teooria ei seleta rahuldavalt haiguse käiku (mis mõnedel juhtumistel on püsinud muutuseta kümneid aastaid) ei ka patohistologilisi nähtusi. 1901 a. katsus Pellizzi seletada scler. tub. patogeneesi teratoplastilise teooria abil, milline teooria senini on suutnud kõige täielikumalt seletada haiguslisi nähtusi,



№ 1. Glia-vihud. Gliabüschel.



№ 2. Suur rakk. Grosse Zelle.

ja mida tõendavad viimastel aastatel mitmed teised autorid (Geitlin, Vogt, Bielschovsky, Nienvenhuijse, Jakob, Josephy j. t.), oletades, et sklerosis tuberosa tekkimise põhjus on patoloogiline arenemismehanism. — Kuid samad autorid lähevad lahku küsimuses, missugustest ajukoedest arenevad patoloogilised nähtused ja missugune kude mängib haiguse tekkimisel esimest osa. Näit. veel senini ei ole selginenud „suurte rakkude" iseloom geneetilises suhtes. — Nienvenhuijse, Jakob j. t. jälle otsivad skler. tuber. tekkimisel arenemisanomaaliaid nii närvi- kui glia koe juures, leides et osa „suuri rakke" esitab differentseerimata närvikava rakke. Kui nüüd siia juurde arvata sagedasti ettetulevaid neerude ja südame kasvajaid kui ka nahaanomaaliaid skleros. tuber. juures, siis on raske neid viimaseid seletada eelpeol esitatud vaadetega. — Siin kaob ka vahe tuumori ja arenemisanomaalia mõistete vahel, ja Conheimi teooria kasvajate tekkimisest leiab selget tõendust. Meie leiame literatuuris mitmed juhtumised, kus sklerosis tuberosa haiguslistest pesadest on arenenud pahaloomulised kasvajad, nii Schuster'i juhtumisel, kus väikesest ventric. lat. ependymi kasvajast tekkis tumor malignus ventriculi lat., ja Bielschovsky oma, kus ajukoore pesa selge tuumori iseloomu omandas. Tähelpanu äratab Bergi

juhtumine, — kus ühtlasi haiguse pärivuse etioloogiline moment esile tuleb, mis suuremal jaol teistes juhtumistes puudub.

Sklerosis tuberosa kliiniline sümptoomkompleks on palju selgunud viimaste tähelpanekute tõttu ja teda viimasel ajal diagnostseeritakse juba in vitam järgmiste kliiniliste sümptoomide põhjal:

1) Vaimline puudulikkus, imbecillitasest kuni idiootiini, milline psüükiline defekt harilikult on progresseeriv.

2) Epileptilised hood, mis leiduvad peaaegu kõikide haigete juures, nii ka meie haigel. Gallus'e andmete järele, 52 haige juures, ilmusid krambid enam kui pooltel juhtumistel esimese aasta jooksul, $^1/_4$ osal kuni 4 a. vanaduseni, ainult üksikutel juhtumistel pääle kümnendat eluaastat. Hood võivad olla oma iseloomu poolest mitmesugused: suured epileptilised hood, petit mal, absencid, pää ümberkäimised, tunne pää laienemisest jne.

3) Mitmesugused naha anomaaliad: adenoma (ehk naevus) sebaceum (typus Pringle, typus Barlov'i, lentigenes), naha-fibroomid, mollusca pendata, ephelides jne. Kõik need anomaaliad kuuluvad naha arenemisvigade hulka. Weygandt soovitab igat epilepsia juhtumist hoolsalt naha suhtes läbi vaadata ja ümberpöördult kõik naevuse sarnased nahavead peavad sklerosis tuberosa võimalust meelde tuletama.

4) Neerude kasvajad, mida Gallus leidis 78 haige seas 41 korda. Nende samade haigete juures on leitud 11 korda südame-kasvajad. Mõnedel juhtumistel on leitud sugunäärmete anomaaliad ja nende puudumine, emakoja puudumist, spina bifida't j. t. — Sklerosis tuberosa diagnostseerimise võimalusel in vitam on ka praktiline tähtsus 1) prognoosi suhtes: 78 haigest Galluse andmetel suri 58 alla 20 a. vanaduses; 2) teraapia suhtes: kui genuiinse epilepsia krampide arvu vähenemist saavutame vahel broomi preparaatide, luminaali j. t. abil, siis sklerosis tuberosa juures on need mõjuta.

*

81) Drd. med. W. Wadi-Tartu. **Krooniline selgroo anküloos**[1]). (Zur Frage der chronischen ankylosierenden Wirbelversteifungen).

Selgroo kangestused kuuluvad pääasjalikult krooniliste liigendishaiguste hulka. Neid on viimasel ajal katsutud klassifitseerida, aluseks võttes haiguse etioloogiat. Varemalt tunti selgroo kangestusi ainult spondylitis deformans'i nime all. Pärastised uurimised (v. Simmond, A. Fraenkel, v. Liven, Schlayer) teevad selget vahet n. n. osteoarthritis deformans'i ja arthritis rheumatica chronica ankylopoëtica vahel. Viimase vormi juures tõmbub kokku liigendi ümbrik, kuna vahekõrsluu, surumise läbi, üksikuteks köitkoelisteks kiududeks laguneb. Nii tekkinud liigendispindade üksteisele lähenemine võimaldab nende pindade köitkoelist kokkukasvamist, millele anküloos järgneda võib. Osteoarthritis chron. deformans'i juures jälle on käimas kontides ja kõrsluus ühel ajal lagunemine ja uuenemine ja puudub siin sagedasti liigendispindade kokkukasvamine. Viimase juures on olemas deformatsioon, esimese juures mitte. Edasi Axhausen'i katsete põhjal (elektrolüüsi abil luunekroosi sünnitada ja selle tagajärjel täielist arthritis deformans'i pilti esile kutsu) võib oletada, et arthritis deformans on teatava äkilise põletiku protsessi tagajärg ja tema juures, ka

[1]) Kõne on täiendatud hilisemate andmete põhjal.

kõige raskematel haiguse juhtumistel, võib puududa anküloos, arthrit. ankylopoëtica juures aga on anküloos ikka olemas.

Kirjanduses leiduvate patoloogo-anatoomiliste andmete põhjal kuuluvad peaaegu 90% kõigist selgroo kangestuse juhtumistest spondyloarthritis ankylopoëtica chronica hulka, kui protsess harilikult sümmeetriliselt ka küljeluu liigendite pääle võib üle minna, mida osteoarthritis deformans'i juures kunagi ette ei tule.

B e c h t e r e w on selgroo kangestuste juures ettetulevaid kliinilisi sümptoome esimesena kirjeldanud a. 1892: pikaldane haiguse algus; terve ehk üksiku osa selgroo liikumatus, ilma iseäraliste valudeta lülides ja selgroo paenutamisel iseloomulik haige seisak — selgroog kumer tahapoole, pää ette ja allapoole; sagedasti ettetulevad kaela, käte ja jalgade, selja ja labaluude lihaste halvatused ühes nimetatud lihaste atroofiaga; tundelikkuse kahanemine ja ebatundelikkus (paraesthesia) seljaüdi erkude laialilagunemise piirkondades; valud seljas ja jalgades, iseäranis pärast seda, kui haige on rahulikult istunud ja siis uuesti liikuma hakkab.

Mõni aasta hiljem (a. 1897 ja 1898) kirjeldasid Strümpell ja Pierre-Marie pea ühel ajal selgroo kangestuse juhtumisi, mille juures leidub: 1) täieline selgroo liikumatus; 2) ühe ehk kahe suurema kehapoolse (proksimaal) liigendi osaline ehk täieline anküloos.

Nii lähevad Bechterewi tüübi haiguse kliinilised sümptoomid Strümpell-Marie omadest pääasjalikult sellepoolest lahku, et esimese juures suured liigendid haiguse protsessist kunagi osa ei võta, ja teiseks, muudatused ergukavas mitmesuguste tundelikkuse rikete näol ikka olemas on; mida Strümpell-Marie haiguse juures kunagi ette ei tule.

Nende lahkuminekute pääle toetades on pärastpoole püütud Bechterewi tüüpi täiesti isehaigusena eraldada; kuid kirjanduses on suur hulk juhtumisi avaldatud. kus Bechterewi kui ka Strümpell ja Marie poolt kirjeldatud haiguse sümptoomid koos ühe ja sellesama haige juures ette tulevad, mis iseäranis Saksa autoritele on põhjust andnud, selgroo kangestust ühe nime all Strümpell-Bechterewi haigusena nimetada. Nii Eugen Fraenkel, kes tähendab (1922), et kõigi krooniliste selgroo anküloosside juures enamvähem ühetaoliste patoloogo-anatoomiliste muudatustega tegemist on, nimelt, anküloseerumisega väikeste lüli liigendisharu-liigendite vahel, mis edasi ka kostovertebraal ja kostotransversaal-liigendite pääle võib üle minna.

Kui meil viimasel ajal Pommer'i, Preiser'i, Axhausen'i, E. Fraenkel'i ja teiste uurimiste järele patoloogo-anatoomilised muudatused kondikavas kui ka kõrsluudes kuni peensusteni teada on, ei tea meie siiski õiget etioloogiat, mis niisugusi muudatusi sünnitavad. Suurem osa autorid on arvanud kroonilise selgroo anküloosi põhjusteks traumat (40% juhtumistest), luest (25%), gonorrhoeat (20%), rheumatismust (10%). Eriti on tähendatud Strümpell-Marie tüübi juures — rheumatism'i, gonorrhoea ja arthritis purulenta, Bechterewi tüübi juures — trauma, lues'e ja pärivuse kui etioloogiliste momentide pääle.

Mis puutub nende haiguste teraapiasse, siis ei ole see siiamaani iseäralikke tagajärgi andnud. On katsutud mitmesuguseid arstirohte, ortopeedilist, kirurgilist ja elektro-teraapiat, mis haigele aga ainult möödaminevat kergitust võivad tuua. Selletõttu on ka p r o g n o o s alati ühesugune — haiged võivad 10-te aastate viisi haiguse all kannatada, kuni nad mõne komplikatsiooni (harilikult tubercul. pulm.) tagajärjel surevad.

Sisehaiguste hospitaal-kliinikus on möödaläinud aastal 3 spondyloarthritis ankylopoëtica juhtumist ravitsusel olnud.

I. Haige R. 42 a. vana, eestl., politsei kordnik, abielus. Lastehaigustest põdenud leetrid ja tuulerõugeid; 15 aastaselt jatku rheumatismi; 20. a. — gonorrhoea; 22. a. — uuesti; 1908. a. — lues; arstitud Tartu linnahaigemajas; 8 aastat tagasi ilmuvad hoolised valud seljas ja puusa liigendites 1914. a. muutuvad need valud perioodiliselt korduvateks; 1918. a. suured valud pahemas õlaliigendis; sellest ajast kehaline töö võimata, tunneb kangestust pahemas õlas, seljas ja puusaliigendis, mille järele pahema käe tõstmine kui ka ettepoole kumardamine raske; 1920. a. lähevad kangestused liigendites suuremaks; 15. aug. Tartu linnahaigemajasse paigutatud, kust 1921. a. algul sisehaiguste hospitaalkliinikusse üle toodud; 1905. a. saadik abielus; abikaasa — terve (?) olnud, kaheksa sünnitust, nendest 5 õigel ajal, 2 enneaegist ja 1 surnult sündinud laps. Haige on varem rohkesti alkoholi tarvitanud, suitsetab keskmiselt. Perekonnas sarnaseid haigusi ei ole olnud. Väljavõte statusest: Nahaalused — kaela, kaenla, küünarnuki, kubeme lümfanäärmed vähe suurendatud; jume kahvatu. Seistes ja kõndides hoiab pääd ja ülemist poolt keha ettepoole, pahemas õlavarres liikumine piiratud (tõstab kätt kuni 35°), niisama pahemas puusaliigendis; lihaste atroofiat ei ole märgata; selgroog sirge, loomulikud kõverused torakaal ja lumbaalosades puuduvad, kloppides tundelikkust ei ole. Patellar, Achillese refleksid — elavad, kloonus jalal — positiv, Babinsky, Romberg — negativ; naha tundelikkus — normaal. Wasserm. reaktsioon — nõrgalt positiv. Haige oli kliinikus ravitsusel kuni 15. III. 21. Valud liigendites ja seljas jäid vähemaks, kangestused — endiselt.

II. Haige K., 78 a. vana, eestl., puutööline, abielus. Lastehaigusi ei mäleta, ikka ennast terve tunnud olevat; $1^1/_2$ aastat tagasi hobuse alla maha kukkunud ja raskesti põrutada saanud, mille järele kõndimine valusaks muutus ja valud paremale poole puusa ilmusid; seisukord halveneb, valud seljas ei lase magada. 1921. a. lõpul astub Tartu linnahaigemajasse, kust 1921. a. algul sisehaiguste hospitaalkliinikusse üle toodakse. Alkoholi tarvitab keskmiselt, suitsetab mõõdukalt, suguhaigusi eitab. Naene ja lapsed terved; perekonnas sarnast haigust teada ei ole. — Väljavõte statusest: Jume kahvatu, lümfanäärmed vähe suurendatud; katsutavad arteerid pulsus irregularis perpetuus, vere rõhumine — 175 cm. Hg. R. R. järele. Käte ja jalgade liigutused vabad, valuta; seistes hoiab ennast ettepoole, selgroos — torakaal osas — väike küfoos; selgroog — kange, paenutamine ette- ja tahapoole võimata. Patellaar — refleks vähe elav, patoloogilised refleksid puuduvad, hyperaesthesia 5 küljeluu piirkon. allapoole kuni ristluude kohta. Wasserm. — negativ.

III. Haige J. R., 21 a. vana, eestl., postiametnik, poissmees. Lastehaigustest põdenud läkaköha, tuulerõugeid; koolieas nõrga tervisega olnud; 14 aastaselt jatku rheumatism. 1918. a. — Hispaania haigus; praegune haigus algas 1921. a. algul, pärast sagedaid külmetamisi korduvad valud pahemas õlaliigendis, kui ka seljas, labaluude vahel, iseäranis tõstmise ja järsku liigutuste juures, et ei saa hästi pahemat kätt üles tõsta ega end ettepoole kumardada. Alkoholi tarvitab vähe, suitsetab vähe, suguhaigusi eitab. Perekonnas sarnast haigust ei tea olnud olevat. — Väljavõte statusest: Toitlus hää, jume normaal. Seesmistes orgaanides midagi patoloogilist. Muskulatuur — keskmine. Pahema õlavarre liikumine õlast ülespoole piiratud,

kuid valuta, tundub rogisemist; selgroog ei paendu ette ega tahapoole, kompides vastu lülisid valusid ei ole. Patoloogilised refleksid punduvad; naha tundelikkus normaal. Wasserm. reakt. — negatiiv. — Haiget arstiti kliinikus vaheldades — kompresside, vannide, salicyl-jod preparaatidega ja diatermiaga ilma tagajärgedeta; suvel 1921. a. Haapsalu sõjaväe sanatooriumis mudavannidega ravitsemisel, kust ta sügisel muutmata seisukorras kliinikusse tagasi saadeti.

Kõik kolm juhtumist olid meesterahvad, nagu see haigus imelikul viisil peaaegu ainult meesterahvaste juures nooremas meheeas ette tuleb. Esimesel juhtumisel, kus enamvähem selge Strümpell-Marie haiguse tüübiga tegemist on, on anamneesis rheumatismus, gonorrhoea ja lues, mispärast siin raske on ütelda, missugust nendest momentidest praeguse haiguse põhjuseks tuleb lugeda.

Teisel juhtumisel, kus pääle trauma mingisugust muud haiguse põhjust ei näi olevat, on Bechterewi tüübi tundemärgid rohkem ülekaalus, kuid siiski mitte puhtalt, sest parema puusa liigend nähtavasti mitte päris terve ei ole. Kolmandal juhtumisel, mis nähtavasti alles esimesel arenemisastmel, algas haigus õlaliigendist, mis iseloomulik Strümpell-Marie tüübile, kuid valud labaluude vahel tähendavad, et protsess selgroos ülevalt allapoole läheb, mis iseloomulikuks Bechterewi tüübile loetakse. Kuna anamneesis haiguse põhjuseks võis rheumatismi pidada, siiski kõige energilisem ravitsemine selles suhtes ilma tagajärgedeta jäi.

Kokku võttes arvan: 1) Selgroo krooniliste ankülooside juures on kliiniliselt niisama ka patoloogilis-anatoomiliselt raske vahet teha Strümpell-Marie ja Bechterew'i haiguse tüüpide vahel; mõlemate haiguse tüüpide üheks haiguseks nimetamine (Saksa autorite järele — Spondyl-arthritis ankylopoëtica chronica) jääb esialgul veel lahtiseks küsimuseks;

2) Soovitav oleks haigete läbivaatamistel üldse rohkem rõhku panna selgroo paenduvuse pääle, et võimalik oleks haigust juba algusest pääle ära tunda ja etioloogilistele momentidele (trauma, lues, gonorrhoca, rheumatismus) vastavat, enam-vähem spetsiifilist, arstimist määrata, millel ehk tagajärgi võiks olla.

Zusammenfassung: Autor bringt eine Literaturübersicht über die chronischen ankylosierenden Wirbelsäulenversteifungen. Auf Grund dessen und dreier eigener Fälle kommt er zum Schluss, dass 1) sowohl klinisch, als auch pathol.-anatomisch der Bechterewsche Typus von dem Strümpell-Marieschen als eine besondere Krankheitsform sich schwer abgrenzen lässt. Eine Zusammenfassung beider Krankheitstypen unter einem Namen müsse daher noch als eine offene Frage betrachtet werden; 2) hält er für ratsam bei Krankenuntersuchungen überhaupt mehr Gewicht auf die Beweglichkeit der Wirbelsäule zu legen, um diese Erkrankung rechtzeitig zu erkennen und je nach den äthiologischen Momenten den Wunsch einer mehr oder weniger spezifischen Behandlung zu machen, was möglicherweise von Erfolg sein könnte.

Koosolek lõppes, pääle selle kui terve päevakord oli läbi võetud, kell 1.10 lõunal.

Üldine koosolek Réunion universelle

4. detsembril 1921 a. kell 4 p. l. ülikooli aulas.

Koosoleku avab kongressi abiesimees Dr. med. J. Luiga, ette pannes valida aujuhatajateks prof. Dr. T. Laitinen'i, prof. Dr. Y. Kajava't Helsingist ja dots. Dr. J. Alksnis'i Riiast; sekretariaat: Drd. med. J. Lindeberg ja Drd. med. W. Wadi Tartust. Kongressi pääsekretär Dr. med. S. Talvik teatab, et kongressi juhatuse poolt on saadetud tervitustelegramm praegu Tartus koosolevale Eesti rohuteadlaste kongressile. Kantakse ette 3 päevakorra kõnet:

82) Prof. Dr. L. Puusepp-Tartu. **О спеціальномъ образованіи военныхъ врачей** (Sur l'education spéciale des médecins militaires).

С существованіем регулярной арміи и с измѣненіем условій войны потребовались для обслуживанія арміи различнаго рода спеціалисты, которые помимо своей основной спеціальности были бы знакомы с обстановкой боевой жизни и могли бы оріентироваться в происходящих событіях, а также были бы проникнуты духом военной дисциплины. Что касается военных врачей, то стремились к тому, чтобы таковые по возможности не отличались своим воспитаніем от отставного командnаго состава и не вносили-бы дезорганизацію в арміи. Для этого считается необходимым спеціальная военная подготовка военных врачей, помимо обще медицинской подготовки. Однако эту военную подготовку пришлось выдѣлить из медицинской. С этой цѣлью в Германіи, Австріи и Франціи были устроены особые школы, причем в Германіи эта военная подготовка происходила уже во время слушанія курса медицинских наук, причем всѣ студенты, желающіе быть военными врачами, находились в общежитіи при Академіи, подчиняясь у себя всѣм правилам военной дисциплины. Слушая медицинскій курс в факультетѣ, они проходили еще спеціальные дополнительные предметы (чтеніе карт, полевая хирургія, врачебная этика, ларинго-, ото-, офтальмаскопія, гигіена и бактеріологія, рентгенодіагностика болѣзней) и кромѣ того по нѣкоторым предметам была расширена практическое его преподаваніе. Кромѣ того при Академіи читались дополнительныя лекціи по организаціи санитарной службы в арміи и по администраціи и знакомились с психологіей и симуляціями.

По окончаніи 10-го семестра всѣ прослушавшіе успѣшно курс производится в унтер-врачи и поступают интернами или экстернами в клиники Charité, гдѣ проходят практическій стаж; по окончаніи стажа они снова возвращаются в Академію и слушают дополнительные курсы по патологической анатоміи, офтальмоскопіи, чтенію военных карт, санитарнной службѣ, военно-врачебной этикѣ и только послѣ этого приступают к сдачѣ государственнаго экзамена.

Таким образом прусская военно-мед. школа удовлетворяет повидимому всѣм требованіям подготовки военных врачей и основательной врачебной

подготовки вообще и не удивительно, что Virchov, Reichert, Helmholtz, Behring, Goldscheider вышли из этой школы.

По окончаніи курса медицинскаго факультета всѣ военные стипендіаты поступают в военно-медицинскую прикладную школу, гдѣ проходят в теченіе одного года слѣдующіе курсы: 1) Военная гигіена и военная фармакологія, 2) полевая хирургія, 3) психіатрія и судебная психопатологія, 4) военно-санитарная служба мирнаго и военнаго времени, 5) организація арміи. Основы тактики, служба обозов, чтеніе карт, полевая санитарная служба, 6) хозяйственно-ядминистративная служба в арміи, веденіе к счетоводствѣ и отчетности в военном вѣдомствѣ, 7) ознакомленіе с правами и обязанности офицерскаго сословія.

В теченіе этого года еще ведутся практическія занятія в хирургической клиники, по діагностикѣ и терапіи внутренних болѣзней, глазных, горловых и ушных болѣзней, сифилиса и кожных болѣзней, по важнѣйшим методам санитарных изслѣдованіи, далѣе паталогоанатомическія и судебно медицинскія вскрытія, бактеріологія, зуболеченіе, рентгенологія, фехтованіе, верхорая ѣзда и обученіе стрѣльбѣ из револьвера. — В концѣ года производится экзамен.

Во Франціи подготовка военных врачей до нѣкоторой степени напоминает и обѣ вышеприведенныя системы. В Ліонѣ существует особая военно-медицинская школа, питомцы которой состоят студентами медицинскаго факультета и слушают там полный курс наук, но кромѣ того им читаются лекціи по „организаціи военно-санитарной службы“, далѣе они обязательно изучают нѣмецкій язык, обучаются строю, верховой ѣздѣ, фехтованію, стрѣльбѣ из револьвера. В отличіе от студентов В.-мед. Прусской Академіи эти студенты носят военную форму. По полученіи докторскаго диплома они получают первый офицерскій чин и переходят в прикладную школу в (Val-de-Grâce), которая состоит из двух отдѣленій — медицинскаго и фармацевтическаго. Срок обученія $8^1/_2$ мѣсяцев. Медикам читаются слѣдующія курсы: 1) Оперативная хирургія, протезы, 2) полевая хирургія, 3) войсковыя болѣзни и эпидеміи, 4) военная гигіена, 5) военныя законоположенія военная администрація, военно-санитарная служба, 6) спеціальная діагностика глазных, ушных, и горловых болѣзней в арміи, 7) микробіологія.

Паралельно с этим ведутся практическія занятія по этим предметам и сверх того по всѣм основным клиникам, ортопедіи, зубоврачеванію, и физіотерапіи.

Из этого краткаго обзора видно, что в этих трех государствах было стремленіе снабдить армію особыми спеціалистами и это понятно, если приметь во вниманіе особыя условія военой среды как в мирное, так и военное время.

Минувшая война дѣйствительно показала, что такая подготовка необходимо и что напр. врачи не имѣвшіе надлежащей подготовки нссмотря на свои знанія медицины и свою самоотверженную работу временами находились в очень тяжелом положеніи и не видѣли выхода там, гдѣ при правильной оцѣнкѣ событіи, еслибы у них было спеціальная подготовка, они вышли бы с честью.

Необходимо и у нас в Эстоніи организовать кадр таких врачей, которые могли бы руководить дѣлом и нести отвѣтственность за правильную постановку его, а для этого необходимо спеціальная подготовка.

Если приметь во вниманіе, что врачи обязаны отбывать воинскую повинность, то послѣдній будет для государства воспользоваться этим временем для спеціальной подготовки к той дѣятельности, которую они будут нести во время войны, причем всѣ пріемы чисто военнаго характера — могут происходится одновременно. Сократив срок пребыванія для них в арміи, получится экономія на которую можно создать 2—3 мѣсячные спеціальные курсы для военных врачей. Кромѣ того необходимо посылать во Францію в Vâl-de Grâce от времени до времени 2 врачей, обязав их окончить тамошную прикладную школу и послѣ этого служить в военном вѣдомствѣ по 4 года за каждый год командированія.

Из этих врачей могут затѣм комплектоваться тѣ высшіе начальники, которые будут руководить дѣятельностью военно-санитарнаго вѣдомства. При такой постановкѣ дѣла исчезнет из этой области старая рутина и вѣдомство получит ту окраску и той дух который теперь необходим, а народ — таких врачей, которым он может довѣрить здоровье своих сыновей.

Läbirääkimised. Diskussion.

Pruss: Среди предметов военно-врачебнаго знанія за послѣднее время особенное значеніе пріобрѣла т. н. военно-санитарная тактика и администрація. Первый толчек к развитію этой молодой науки исходил от финляндскаго военнаго врача, д-ра Valberg'a, публиковавшаго в 1889 г. статьи в Militärärztliche Zeitschrift о необходимости для военных врачей получить спеціальную подготовку, чтобы имѣть возможность самостоятельно оріентироваться во всѣх обстоятельствах военнаго времени. Мысль эта была подхвачена в государствах Западной Европы. С тѣх пор начала накапливаться в этой области обширная литература, при участіи офицеров и главным образом военных врачей.

Великая европейская война показала, насколько велико значеніе санитарно-тактической подготовки врачей. Только там, гдѣ таковая существовано, военно-санитарное дѣло могло быть организовано с наибольшей экономіей средств и сил и в то время, с наибольшими удобствами для раненых и больных. В настоящее время является безспорным, что военные врачи должны получить надлежащую санитарно-тактическую подготовку. Но современная война, характеризующаяся уже вооруженным столкновеніем цѣлых народов между собою, мобилизует для обезпеченія военно-санитарной части не одних только военных врачей, но всѣх почти врачей государства. Поэтому в интересах надлежащей постановки военно-санитарнаго дѣла санитарно-тактическую подготовку должны получить всѣ врачи.

Juss: Arvamine, et ühele osale arstidele spetsiaalhariduse andmisega tarviline arstline personaal väljateenistusele ette valmistakse, on ekslik. Läinud sõda tõendas vastupidist. See osa sõjaväeteenistuseks ettevalmistatud arstidest tarvitati ära just mitmesuguste juhtivate kohtade täiteks, kuna väljateenistus võhikute hooleks jäeti. Tarvilikku arstlist personaali väljateenistuseks võib ette valmistada ainult sellega, et kõik arstid tarvilikku ettevalmistust sõjaväeteenistuseks saavad, milleks sellekohased kursused ülikoolis loetagu.

Puusepp: Arvan tarviliku olevat sõjaväe arstidele eri sõjaväe-sanitaarlist hariduse saamist. Selleks tuleb sel aastal, kus arstid oma sõjaväe

teenistuse aega peavad ära teenima, korraldada eri sõjaväe-sanitaarlist õpetust, nagu see Prantsusmaal on sisse seatud (Vâl-de Grâce).

*

83) Dr. Kaegeler-Reval: **Ueber Röntgentherapie.** Kurze Inhaltsangabe des Vortrages: 1) Über die historische Entwickelung der Röntgentherapie. 2) Über das physikalische Wesen der Röntgenstrahlen. 3) Feststellung ihrer Wirkung auf die lebende Zelle. 4) Das Wesentlichste über Dosimetrie und Filterung. 5) Kurze Besprechung der modernen Oberflächentherapie. 6) Tiefentherapie; die modernen Bestrebungen; die modernen Apparate; Erfolge der modernen Tiefentherapie und Kritik an der Hand der neuesten deutschen Röntgenliteratur.

*

84) Drd. med. F. Lepp-Tartu: **Difteria** (Diphterie).

Difteriidihaigete arv ja surevus sellesse haigusesse Eestis on võrdlemisi suur. See nõuab meie arstide täit tähelpanu. Vanemate teadmatuse tõttu ja mitte küllalt varajase õige diagnoosi põhjal toodakse rasked difteriidi haiged liig hilja haigemajasse. Näituseks on Tartu linnahaigemajasse 1921 a. 47,8% haigeid stenoosiga toodud. Kliinilistel tundemärkidel põhjenev diagnoos ei ole paljudel juhtumistel mitte õige. Leiduvates membraanides võivad asuda streptokokkid, ehk aga ei ole difteriidihaige juures mitte kerge membraani leida; eriti rinnalaste ninadifteriidi juhtumistel tuleb ainult bakterioloogilise uurimise resultaati otsustavaks pidada.

Tervishoiu Peavalitsuse andmete järele kokkuseatud tabel näitab, kui suurel arvul linnades ja maakondades meil difteriiti ette tuleb:

	Linn ja maakond	1919	1920
1.	Tallinn	149	159
2.	Harju maakond	73	65
3.	Haapsalu	6	8
4.	Lääne maakond	48	78
5.	Paide	14	13
6.	Järva maakond	47	106
7.	Rakvere	17	22
8.	Viru maakond	44	71
9.	Narva	16	19
10.	Tartu	78	100
11.	Tartu maakond	80	174
12.	Viljandi	54	48
13.	Viljandi maakond	67	67
14.	Pärnu	17	20
15.	Pärnu maakond	84	123
16.	Võru	8	1
17.	Võru maakond	45	78
18.	Kuresaar	0	0
19.	Saaremaa	8	17
20.	Valk	8	15
21.	Valga maakond	1	1
22.	Petseri maakond	—	23
		864	1208

Kuude järele jaguneb difteriidi haigus Eestis järgmiselt:

Kuud	1919	1920	1921
1. Jaanuar	39	122	83
2. Veebruar	36	91	98
3. Märts	47	103	91
4. April	49	113	45
5. Mai	30	88	37
6. Juuni	39	89	76
7. Juuli	90	82	45
8. August	74	9	58
9. September	71	103	—
10. Oktoober	114	115	—
11. November	145	103	—
12. Detsember	130	120	—
	864	1208	533

Et põhjustele ligemale astuda, mis esile kutsuvad rohkearvulisi haigeksjäämisi, võtsin kevadel 1921. a. rea bakterioloogilisi uurimisi koolides ja Karlova lastekodus ette. Selgus, et Eestis ettetulev difteriidi batsillus oma omaduste poolest lahkuminev on Nev-Yorgi omast. Dots. Schlossmanni uurimiste järele sünnitavad meie difteriidi batsillid kiiremini ja suuremal mõõdul hapet ja on vähem toksilised, kui Ameerika batsillid. Uurimiseks olen kurgust ja ninast ila võtnud. Materjali külisin kohe Löffler'i söödale. Esimesed preparaadid tegin 6—8 tunni, teised 14—16 tunni ja kolmandad 20—22 tunni järele. Preparaatide värvimiseks tarvitasin Gins-Neisseri metoodi.

Difteriidi batsilluste uurimismaterjali võtsin korraga kõigilt lastelt, kes ühes klassis või osakonnas olid.

Vanaduse ja sugu järele jagunevad difteriidi batsillide kandjad minu uurimiste järele järgmiselt:

0—1		1—2		2—3		3—4		4—5		5—6		6—7		7—8		8—9		9—10		10—15		15—20		üle 20 a.		Tütarlapsed		Poislapsed	
a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
6	3	2	1	2	1	6	4	7	1	6	2	7	0	16	3	17	3	24	7	113	29	42	13	5	1	148	33	105	35
50%		50%		50%		66,6%		14,3%		33,3%		0%		18,8%		17'7%		29,2%		25,7%		31%		20%		22,3%		33,3%	

a = katsete arv.
b = mitmel juhtumisel difteriidi batsille on leitud.

Nende andmete järele näikse nooremate laste hulgas rohkem difteriidi batsillide kandjaid olevat, kui vanemate laste seas.

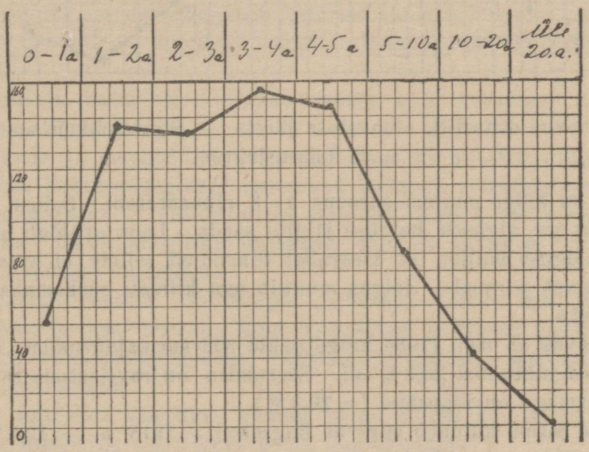
Kolm nendest batsillide kandjatest jäid tänavu sügisel difteriiti haigeks, mis tõendab, et mitte iga batsillide kandja haiguse eest kaitstud ei ole, vähem veel ümberolijad. (Kahtlastel juhtumistel, kui difteriidi batsillide kandja kurguhaige on, otsustab Schick'i reaktsioon, kas seerumi tarvis pritsida või mitte).

Võrdluseks, kui suur difteriidi batsilluste kandjate arv väljaspool Eestit on, toon järgmised andmed:

1. Sacquépie järele: a) endeemilistes kohtades 4—8%, b) epideemilistes kohtades 20—25%. 2. Riemsdyk'i järele: a) infitseeritud koolides 7%, b) kasarmutes j. n. e. 23%. 3. Rammul'i järele: Moskvas (1912 a.) 6—8%. 4. New Yorgi koolides 7—8%. 5. Eestis, endeemilistes kohtades 26,9%.

Neid arvusid võrreldes, tekib küsimus, mispärast on meil difteriidi batsillide kandjate arv nii suur? Üheks põhjuseks võib olla, et meil haigeid eramajades küllalt ei ole isoleeritud, teiseks — et haigemajadest ja eramajadest lastakse difteriiti põdenuid enne välja, kui oleks bakterioloogiliselt kindlaks tehtud, et nad difteriidi batsillidest vabad on, kolmandaks — võib arvata, et meil nende difteriidi haigete arv mitte väikene ei ole, kes kergel kujul haigust põevad ja teadmata batsille laiali laotavad.

Järgnev diagramm näitab difteriidi haiguse ettetulemist eluaastate järele ($3^1/_2$ aasta arvud, 1918—1921 a. 1. juulini):

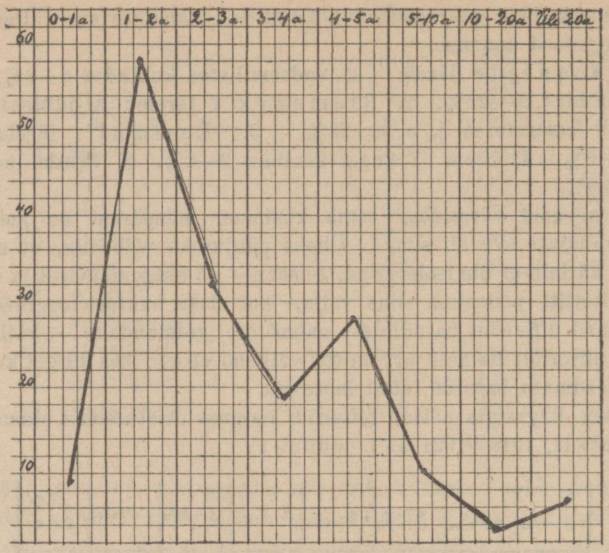


№ 1. Difteriiti haigeksjäämised eluaastate järele. — Erkrankungen an Diphterie nach Lebensjahren.

Seega põevad meil difteriiti lapsed 1—5 aastases vanaduses suuremal arvul, kui sellest vanemas eas.

Küsimuse kohta, mitmendal päeval arstiabi on tuldud otsima ja esimest korda seerumi pritsitud, selgub üleriikliste arvude järele, et kaugelt suuremale osale haigetele 2—4 haiguse päevadel esimene seerumi pritsimine tehti, kuna Tartu linna infektsiooni-haigemajas, kuhu haigeid väga hilja tuuakse, see alles 5—7 haiguse päevadel enamiste sündis. Hilise haigemajasse toomise põhjusteks tuuakse ette teadmatust.

Mida varem seerumi sisse pritsitud, seda väiksem on surevus. Hiljaksjäänud juhtumistel ei aita ka seerum enam. Ametivendade teadete järele on surma põhjusteks olnud: stenoos, südame tegevuse nõrkus, sepsis j. t. põhjused. Järgnev diagramm (№ 2) näitab, missuguses vanaduses meil difteriidihaiged surevad:



№ 2. Surevus difteriiti, eluaastate järele. — Sterblichkeit an Diphterie nach Lebensjahren.

Seega on kõige suurem surevus 1—3 eluaastateni. Selles vanaduses ei ole igakord kerge alguses haiguse jälgile saada. Laps avaldab alguses sedavõrd kerge haiguse muljet, et iseäralist tähendust sellele ei anta, lootes, et haigus iseenesest paraneb. Haigus muutub aga kiiresti raskemaks ja viimati jääb abi hiljaks.

Üldsurevus on meil (1936 haige pääle 302 surmajuhtumist) 15,5 %, mille juures stenoosi juhtumisi 20,3 % oli. Seerumita on ravitsetud 187 juhtumist, millest 38 surmaga on lõppenud (= 20,3 %).

Aastate järele kujuneb surevus järgmiselt: 1918. a. — 13,7 %; 1919. a. — 16,89 %; 1920. a. — 17,4 %; 1921. a. — 9 % (kuni 1. juulini). Teadete järele ametivendadelt on 1921. a. seerumi tarvitamine endisest suuremal mõõdul sündinud.

Surevus Tartu linna infektsiooni-haigemajas on 1921. a. (kuni 25. novembrini) 8,69 % (46 haiguse juhtumisest surid 4). Kui haiguse juhtumised, mis kohe pääle haigemajasse jõudmise surmaga lõppesid, maha arvata, siis on surevus ainult **2,17 %**, selle pääle vaatamata, et sissetulnud haigete hulgas stenoosi nähtustega oli 47,8 % (46 haigest 22).

Millega seletada seda üliväikest surevust haigemajas?

Suurem jagu meie arstidest tarvitab difteriidi seerumi 1000—2000 J. E., ainult väikene osa 3000—6000 ja üksikud — 4000—12000 J. E. Tartu linna infektsioonilises haigemajas olen seerumi tarvitamises, vanadust ja haiguse raskust arvesse võttes, põhimõtte järele käinud: võimalikult suure hulga antitoksiinidega haige keha üle ujutada, et nende mõju ulataks igasse kehaosasse ja gasse rakku. Seerum on lihakstesse pritsitud ja, haiguse raskust silmas pidades, iga 16—20 tunni järele korratud (3—4 korda on ettetulnud juhtu-

mistel tarvis olnud korrata), kuni antitoksiinide mõju avaldub. Senini on kõigesuurem kogudoosis olnud 28000 J. E.

Rikkaliku seerumi tarvitamise järele ei ole seerumi-haiguse nähtused mitte sagedamaks läinud. Ka anafülaksiat ei ole korduva seerumi pritsimise järele karta. R. Walter leidis anafülaksia juhtumisi 0,03 %. Kui haige seisukord lubab, on tarvilik teha seerumi proovipritsimisi, millele 2—3 tunni järele dosis therapeutica järgneks. — Stenoosi puhul, kui südametegevus nõrkema hakkab, tarvis võimalikult kohe tracheotomia ette võtta, mille järele südametegevus paraneb.

Difteriidi arstimise juures on väga tähtis immuun üksuste sisaldus temas. Eestisse on sisse toodud seerumi, mis ajanõuetele ei vasta: ei avalda terapöitilist mõju, 1 cm^3 sisaldab vähem kui 500 J. E., üks jagu seerumi on liiga värskelt tarvitusele lastud, mille sissepritsimisele kohaline reaktsioon ja 10 päevase vahega seerumihaigus järgnes.

Lõpu kokkuvõte oleks järgmine:

1. Igasuguse seerumi sissevedu Eestisse sünniks riigi kontrollil.
2. Infektsiooniliste haiguste registreerimine peaks korralikumalt läbi viidama.
3. Difteriidi batsillide uurimine peaks igal kahtlasel kurguhaiguse juhtumisel ette võetama.
4. Linnade ja maakondade korraldustel peaks infektsiooniliste haiguste puhul tarvilikud bakterioloogilised uurimised maksuta võimaldatama.
5. Haigemajades ja erakorterites eraldatud haiged võiks säält lahkuda, kui kahekordne bakterioloogiline uurimine, mis 48 tunnilise vaheaja järele tehtud, eitava vastuse on annud.
6. Difteriidi seerumi lihakstesse pritsimist tuleks iga 16—20 tunni järele 1—6 päeva jooksul korrata, kuni haiguslised nähtused kaovad.
7. Peaks võimaldatama kõige vaesematele maksuta seerumi tarvitamist linnades ja maakondades.
8. Iga difteriidi batsillide kandja pääle tuleks kui latent haige pääle vaadata, kelle arstimine tarvilikuks peaks tunnistatama.
9. Kohalise desinfektsiooni pääle tuleks iseäranis suurt rõhku panna (haige röga, sülg, pesu, tarbeasjad j. n. e.): kui kohalik desinfektsioon täielik olnud, võiks kulukas üldesinfektsioon ära jääda.
10. Infektsiooniliste haiguste ja üleüldse rahva arusaamise tõstmiseks tuleks viia tervishoid sunduslisena õpeainena rahvakoolidesse.

* * *

Sellega lõppes kongressi teadusline osa. Sõna sai kongressi abiesimees Dr. med. J. Luiga teadaandeks, et kongressi juhatus ühes väljamaa ametvendadega on kahel istangul harutanud küsimust rajariikide arstkondade teaduslise kaastöötamise võimalustest, sihiga luua alalist teaduslikku kontakti mainit arstkondade vahel. Selles küsimuses esitatakse kongressile järgmine resolutsioon (Eesti ja Saksa keeles):

1) Kongress tunnistab soovitavaks, et nende rahvaste arstkonnad, kes käesolevast kongressist osa võtavad, tulevikus üksteisele lähemale astuksid.

2) Selles suhtes tunnistab kongress tarvilikuks nimetada provisooriliselt osavõtnud arstide seast à 2 isikut iga rahva kohta, kelle ülesandeks oma vahel kontakti pidades lähemalt välja selgitada, kas ja missugustel tingimistel sarnast lähenemist edendada tuleks.

3) Kongress soovitas nimetada selleks esialgselt: Soomest herra prof. Dr. Yrjö Kajava't Helsingist, kui arstide ühingu „Duodecimi" esitajat ja herra prof. Dr. R. Tigerstedt'i Helsingist, kui Finska Läkaresällskapet'i esitajat. Latvijast: Herra dozent Dr. Karl Barons'i ja hr. dozent Dr. Janis Jankovsky't. Leedust: herra Dr. Joosef Bagdonas't ja herra Dr. Franz Sližys't ja Eestist: Herra prof. Dr. Heinrich Koppel'i ja herra Dr. med. Luiga't. Ajutine keskkorraldus oleks Tartus herra prof. Heinrich Koppel'i juhatusel.

*

1) Der Kongress hält es für wünschenswert, dass die Ärzteschaften derjenigen Völker, die am gegenwärtigen Kongress teilnehmen, in der Zukunft einander nähertreten sollten.

2) Der Kongress hält es für wünschenswert provisorisch zu ernennen von den am Kongresse teilgenommenen Ärzten je 2 von jedem Volke, deren Aufgabe es wäre, untereinander im Kontakte stehend, des näheren zu erörtern, ob und unter welchen Bedingungen eine solche Annäherung gefördert werden könnte.

3) Der Kongress schlägt vor zu diesem Zwecke interimistisch zu ernennen: von Finnland die Herren Prof. Yrjö Kajava als Vertreter des Ärzteverbandes „Duodecim" und Prof. Robert Tigerstedt, als Vertreter der „Finska Läkaresällskapet", von Lettland: Herrn Dozenten Dr. Karl Barons und Herrn Dozenten Dr. Janis Jankowsky, von Littauen: Herrn Dr. Joseph Bagdonas und Herrn Dr. Franz Sližys, von Estland: Herrn Prof. Dr. Heinrich Koppel und Dr. med. Johann Luiga. Die interimistische Zentrale befindet sich in Dorpat, unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Koppel.

Resolutsioon võeti kongressi poolt vastu.

Sõna sai I kongressi-sektsiooni juhataja prof. Dr. A. Rammul, kes kongressile ette pani I (avaliku meditsiini) sektsioonis läbiharutatud ja vastuvõetud resolutsioonid (ilmuvad järgmises numbris). Need võeti vastu.

Sõna sai, edasi, III sektsiooni (võitlus suguhaiguste vastu) juhataja prof. Dr. A. Paldrock, sektsioonis vastuvõetud resolutsioonide ettepanemiseks kongressile (ilmuvad järgmises numbris). Ka need võeti vastu.

Koosoleku aujuhataja prof. Dr. T. Laitinen tänas kongressi juhatust, eriti ka sektsioonide juhatajaid ja sekretäre, kui ka referente ja läbirääkimistest osavõtjid tehtud suure ja ilusa töö eest, mille järele koosoleku juhatuse kongressi esimees prof. Dr. H. Koppel oma kätte võttis.

Kongressi juhatuse nimel avaldas prof. Dr. A. Paldrock tänu väljamaa ametvendadele, kes meid oma osavõtmisega austanud ja ühtlasi nii suurel määral rikastanud kongressi töid.

Soome arstkonna nimel vastas prof. Dr. Y. Kajava pikema eestikeelse kõnega, tänades Eesti ametvendi, iseäranis kongressi juhatust, tehtud suure töö eest, rõhutades eriti Eesti ja Soome arstkondade suguvennalikku lähenemise tarvidust, millele praegune kongress, Eesti poolt algatatud, nii tubli aluse on pannud.

Läti arstkonna nimel ütles dotsent Dr. K. Barons ja Leedu oma nimel Dr. J. Bagdonas sooje tänu- ja tervitussõnu Eesti ametvendadele, soovides neile õnne ilusa algatusega rajariikide arstkondade lähendamise suhtes praeguse, nii hiilgavalt kordaläinud kongressiga.

Kongressi esimees prof. Dr. H. Koppel oma lühikeses lõpukõnes avaldas lootust, et läinud tööpäevadel sõlmitud ametvennalikud sidemed saaksid olema kestvad ja nüüd algatud ühine koostöötamine saaks veel rikkalikumalt jatkuma tulevikus, teaduse ja kannatajate kaasinimeste kasuks. Tänades veel kord kõiki meie töödest osavõtnud ametvendi, kuulutas ta kongressi lõpetatuks.

Koosolek lõppes kell $^1/_2$7 õhtul.

*

Kell 9 õhtul oli ühine bankett kongressi liikmetele ja nende daamidele, kui ka kutsutud võõrastele. Esimese kõne — Saksa keeles — pidas kongressi I aujuhataja prof. Dr. R. Tigerstedt Helsingist, kahetsedes, et ta seda mitte ei saa teha omas emakeeles: ainult selles saaks ta väljendada neid tundeid, mis teda liigutavad käesoleval momendil. Olles väga paljudest kongressidest omal pikal eluajal osa võtnud, ei mäleta ta kusagil ennast olevat vastu võetud nii suure lahkuse ja südamlikkusega, kui nüüd Eestis. Siinviibimine on temale olnud rikkaks üleelamiseks, mille võimaldamise eest ta tänab Eesti ametvendi. Ta on saanud siin, nii arstiteaduse kui ka muudel aladel, mulje, et Eesti edasi on rühkimas suurte sammudega. Tõstab oma klaasi Eesti ametvendade terviseks! — Järgnesid kõned ametvendade Zoege v. Manteuffel'i, Laitinen'i, Alksnis'e, Kajava, Béchamp'i, Bagdonas'i, Nikula j. t. poolt, kellele vastasid H. Koppel, Paldrock, Puusepp, Neggo, Jürgenson ja t. Läti ja Leedu ametvendade nimel, kes kell $10^1/_4$ lahkusid, et Riia poole sõita, ütles südamlikke lahkumise-sõnu dotsent

Dr. Barons. — Pääle selle jõudis kohale haiglase oleku pärast päev varemini ärasõitnud Dr. med. J. Brennsohn'ilt Riiast tervitustelegramm. Viibiti koos ülendud meeleolul kuni ööse kella 2-ni. Siis lahkusid Soome ametvennad ühes teiste Tallinna poole sõitvate kongressi liikmetega.

Kongressi sektsioonides vastuvõetud resolutsioonid ja mõningad üld-ülevaatest väljajäänud kongressi kõned ilmuvad lähemas numbris.

Lisa A: Järele jäänud kõned.

(I Congrès des Médecins d'Esthonie à Tartu-Dorpat du 2—4 décembre 1921. Supplement.)

85) Prof. Dr. Robert Tigerstedt-Helsingfors: **Die Strömung des Blutes in den Arterien** [1]).

I.

Die erste quantitative Bestimmung einer der Grössen, welche den Zustand des Kreislaufes charakterisieren, wurde von dem englischen Geistlichen Stephen Hales, der 1733 in einer berühmten Arbeit den arteriellen Blutdruck beim Pferde kennen lehrte, ausgeführt. Seine Methode wurde 1828 von Poiseuille durch die Erfindung des Quecksilbermanometers weiter entwickelt und zu einem hohen Grade von Vollendung gebracht, als Ludwig im Jahre 1847 die selbsttätige Registrierung der Ausschläge des Manometers einführte.

Von dieser Zeit an häuften sich die Untersuchungen über den Blutdruck und dessen unter verschiedenen Umständen stattfindenden Schwankungen sehr erheblich, und man war vielfach geneigt, diese Schwankungen als ziemlich adaequate Ausdrücke von Veränderungen bei dem allgemeinen Zustand des Kreislaufes aufzufassen.

Eine derartige Auffassung ist indessen ganz unberechtigt, denn der in einem gewissen Moment stattfindende arterielle Druck ist die Funktion von zwei Variabeln, nämlich 1. dem Widerstand in der Gefässbahn und 2. der von der linken Kammer minutlich herausgetriebenen Blutmenge (dem Minutenvolumen). An und für sich vermag daher der Blutdruck keine bestimmten und eindeutigen Aufschlüsse betreffend den Kreislauf zu geben, denn bei einem und demselben Druck kann in einem Falle der Widerstand gross und das Minutenvolumen klein, in einem anderen Falle dagegen der Widerstand gering und das Minutenvolumen gross sein.

Angesichts der Aufgabe des Blutes, allen Teilen des Körpers Nahrung und Sauerstoff zuzuführen und die schädlichen Produkte ihrer Tätigkeit von

1) Vortrag, gehalten in der Sektion für experim. Medizin des I. Estnischen Ärztekongresses in Dorpat, am 4. XII. 1921.

ihnen wegzuführen, kann es keineswegs gleichgültig sein, ob das Herz minutlich eine grosse oder kleine Blutmenge heraustreibt, und die Kenntnis der Variationen des Minutenvolumens ist daher unbedingt wichtiger als die der Blutdruckschwankungen an und für sich.

Um diese Frage aufzuklären, wurden in erster Linie Untersuchungen über die Stromgeschwindigkeit des Blutes in peripheren Arterien gemacht.

Diese konnten aber schon deshalb keine befriedigenden Aufschlüsse geben, weil der Widerstand in verschiedenen Gefässgebieten des arteriellen Systemes nie gleich gross ist, denn die Arterien in einem Organ können stark zusammengezogen sein, während sie gleichzeitig in einem anderen in hohem Grade erschlafft sind. Infolgedessen kann der Blutstrom im untersuchten Gefäss sowohl durch Veränderungen des Widerstandes in dessen eigenen Ästen als auch durch solche in einem anderen Gefässgebiet zunehmen oder abnehmen, ohne dass entsprechende Veränderungen bei der vom Herzen herausgetriebenen Blutmenge auftreten.

Es ist daher notwendig, die vom Herzen unter verschiedenen Umständen herausgetriebene Blutmenge direkt zu bestimmen.

Bei den hierher gehörigen Untersuchungen hat man vielfach Präparate benutzt, bei welchen der Kreislauf in der einen oder anderen Weise vereinfacht gewesen ist. Das Blut ist hier, nach Ausschaltung des grössten Teils des Kreislaufes, aus einer grossen Arterie zu der für die Stromeichung beabsichtigten Vorrichtung und von dieser zum rechten Herzen geleitet worden. Oder auch hat man das Blut, nach der Passage durch den Stromeichungsapparat, in einem besonderen Gefäss aufgefangen und es unter geeignetem Druck in den rechten Vorhof eingegossen.

Derartige Untersuchungen sind allerdings geeignet als eine Art von Modellversuchen viele und wichtige Einzelheiten betreffend die Mechanik des Herzens aufzuklären; sie können aber keine bestimmten Aufschlüsse über die Frage geben, wie sich das Minutenvolumen des Herzens unter den beim normalen Kreislauf stattfindenden Verhältnissen verändert.

Man hat sich vorgestellt, dass es durch plethysmographische Registrierung der Volumenveränderungen der beiden Herzkammern möglich wäre, die betreffende Frage wenigstens teilweise zu beantworten. Dennoch genügt diese Methode schon deswegen nicht, weil sie keine Aufschlüsse über die Volumenveränderungen jeder Kammer an und für sich geben kann, und es doch unter Umständen eintreffen muss, dass die rechte und die linke Kammer nicht gleichgrosse Blutmengen heraustreiben (J o h a n s s o n und R. T i g e r s t e d t).

Es stellte sich also die Aufgabe, in die unverzweigte Aorta ascendens einen Apparat zur Stromeichung einzusetzen, als immer mehr dringend dar.

II.

Die Möglichkeit diese Aufgabe zu realisieren lag in der Erfahrung vor, dass (beim Kaninchen) der Kreislauf durch eine um die Vorhöfe angebrachte Pinzette 5 Minuten lang aufgehoben sein kann, ohne dass das Herz stirbt. Nach Entfernung der Pinzette stellt sich der Kreislauf binnen kurzem wieder her (R. T i g e r s t e d t).

Man kann diese Zeit der Abstellung des Kreislaufes benutzen, um einen strommessenden Apparat (S t r o m u h r) mit der Aorta ascendens zu verbinden.

Die ersten hierher gehörigen Beobachtungen teilte ich in einer vor 30 Jahren im Skandinavischen Archiv für Physiologie erschienenen Abhandlung mit.

Andere Arbeiten verhinderten mich damals die Untersuchungen in dieser Richtung fortzusetzen und sie wurden daher erst zehn Jahre später von mir wieder aufgenommen und von C. Tigerstedt, Elving, v. Wendt, Airila, Seppä und Yamada weiter fortgeführt.

Ich gestatte mir, eine kurze Übersicht über die dabei erzielten Resultate hier zu geben. Dabei muss ich darauf verzichten, dieselben mit den nach anderen Versuchsweisen gewonnenen Ergebnissen zusammenzustellen, weil dann meine Darstellung gar zu viel Zeit in Anspruch nehmen sollte.

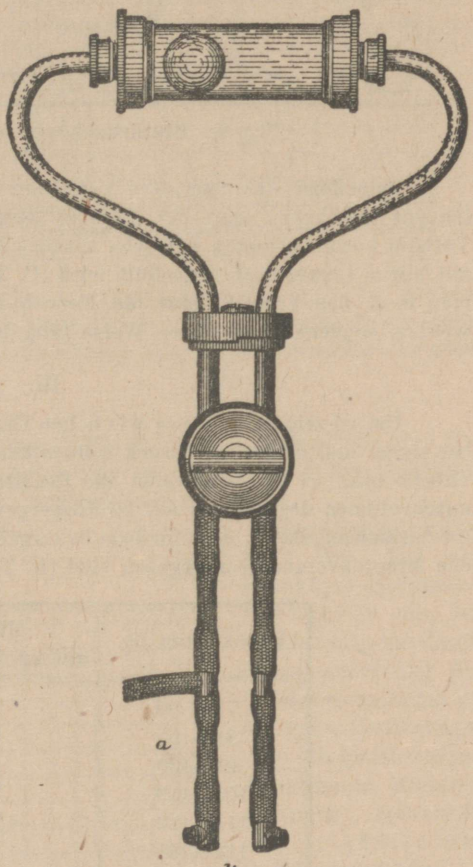


Fig. 1. Stromuhr.

Der bei diesen Versuchen benutzte strommessende Apparat besteht aus einem Glaszylinder (Fig. 1) von 18 mm innerem Durchmesser, in welchem eine Hohlkugel aus Neusilber eingeschlossen ist. Sie bewegt sich ohne Schwierigkeit im Zylinder, schmiegt sich indessen so nahe an die Wand desselben, dass kein Blut ihr vorbei strömen kann.

Der Zylinder ist an beiden Enden mit neusilbernen Röhren von 4 mm Durchmesser verbunden; diese Röhre tragen ihrerseits Endstückchen, welche mit den beiden Stümpfen der durchschnittenen Aorta verbunden werden. Durch einen der Stromuhr Ludwigs entlehnten Mechanismus kann der Zylinder um eine vertikale Achse herum gedreht werden.

Vor dem Versuch wird der ganze Apparat mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllt.

Wenn der Kreislauf nach Ende der Präparation wieder freigegeben wird, strömt das Blut in den Zylinder und treibt die Kugel vorwärts. Als diese das distale Ende des Zylinders erreicht hat, wird der Zylinder umgedreht und das Blut schiebt wieder die Kugel vor sich, usw.

Da der Kubikinhalt des Zylinders — 10,4 ccm ausser der Kugel — bekannt ist, braucht man nur die zur Füllung desselben nötige Zeit — eine Periode — zu bestimmen, um zu erfahren, wie viel Blut vom Herzen in der Zeiteinheit herausgetrieben worden ist. Diese Zeitbestimmung findet an der

beim Versuch registrierten Kurve des Blutdruckes statt. Jedes mal als der Zylinder umgedreht wird, wird nämlich der Blutstrom momentan aufgehoben und das peripher von der Stromuhr angebrachte Manometer zeigt eine entsprechende Drucksenkung (Fig. 2).

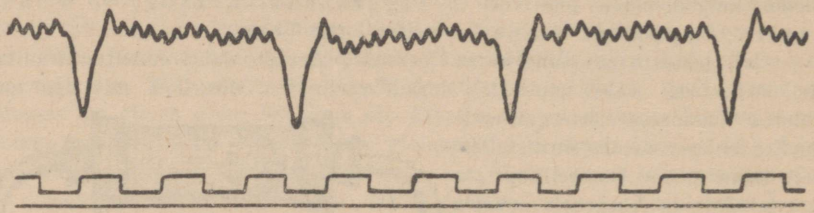


Fig. 2. Blutdruckkurve (die oberste Linie).

Betreffend das operative Verfahren beim Einsetzen der Stromuhr will ich nur erwähnen, dass der Kreislauf nunmehr nicht mittelst einer um die Vorhöfe herum gelegten Pinzette, sondern durch Abbindung der Lungenarterie mit einem Ligaturstab abgestellt wird (C. Tigerstedt). Hierdurch gewinnt man u. a. den Vorteil, dass die Nerven der Herzkammern nicht beschädigt werden, sondern in normaler Weise tätig bleiben.

III.

Um zu zeigen, in einem wie hohen Grade das Minutenvolumen des Herzens bei einem und demselben Druck schwanken kann, weise ich auf die folgende Tabelle hin. In derselben sind die Resultate von 13 Versuchen, wo das Minutenvolumen des Herzens auf kg Körpergewicht berechnet worden ist, solcherart zusammengefasst, dass für jede Druckgrösse die Grenzwerte des entsprechenden Minutenvolumens angegeben sind (R. Tigerstedt).

Druck; mm Hg	Minutenvolumen auf kg Körpergewicht; ccm
71— 80	22—140
81— 90	17—139
91—100	16—149
101—110	21—144
111—120	19—144
121—130	11—104
131—140	22—105
141—150	24— 58
151—160	23— 42
161—170	33— 37

Diese Tabelle bedarf keine Kommentarien; sie zeigt ein- für allemal, dass man ohne eine eingehende Analyse der Ursachen, welche eine Variation des Blutdruckes bedingen, keine sicheren Schlüsse betreffend die gleichzeitig stattfindende Veränderung im Zustand des Kreislaufes ziehen kann.

Als ein sehr prägnantes Beispiel davon weise ich auf die Steigerung des

Blutdruckes nach intravenöser Einspritzung von Adrenalin hin (Fig. 3). Unter dem Einfluss dieser Substanz steigt der Blutdruck innerhalb weniger Sekunden sehr stark in die Höhe. Durch Untersuchungen am isolierten, künstlich ernährten Herzen ist es bekannt, dass dies vom Adrenalin kräftig stimuliert wird. Es liegt daher nahe anzunehmen, dass die vorliegende Drucksteigerung wesentlich von einer Zunahme des Minutenvolumens herrühren sollte. Indessen verhält sich die Sache ganz umgekehrt: durch seine kräftige Einwirkung auf die Muskeln der Gefässe ruft das Adrenalin eine maximale Zusammenziehung derselben hervor, der Widerstand in der Gefässbahn steigt daher sehr erheblich an. So lange die Gefässe derart verengt sind, ist es dem Herzen nicht möglich, so viel Blut wie vorher herauszutreiben und das Minutenvolumen nimmt also in sehr hohem Grade ab. Zur Zeit der kräftigsten Wirkung des Adrenalins ist infolgedessen der Kreislauf, trotz dem stark gesteigerten Druck, tatsächlich herabgesetzt.

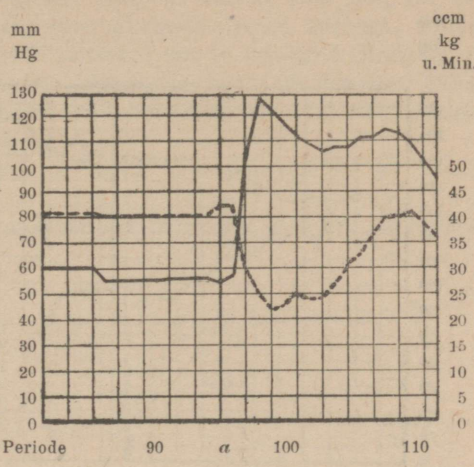


Fig. 3. Minutenvolumen pro kg Körpergewicht (- - -) und Blutdruck (——) nach Einspritzung von 1 ccm Adrenalin 1 : 100000 (bei a).

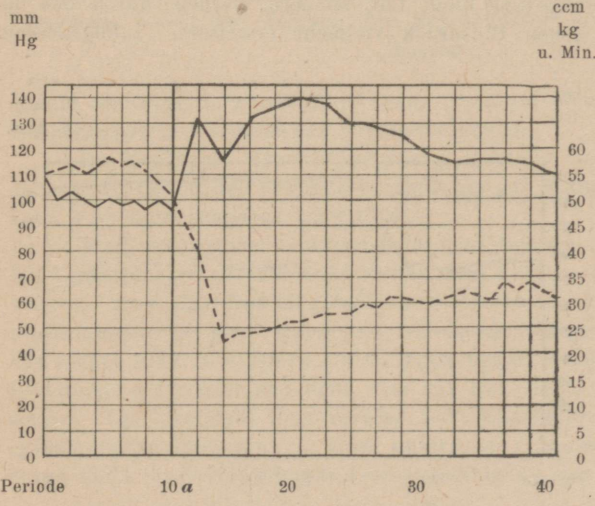


Fig. 4. Min.-Volumen pro kg Körpergew. (- - -) und Blutdruck (——) nach Einspr. von 1.15 ccm Pituitrin (bei a).

Wie Adrenalin wirkt auch das aus der Hypophyse gewonnene Pituitrin ein, indem dasselbe eine durch Zusammenziehung der Gefässe verursachte bedeutende Drucksteigerung mit gleichzeitiger Abnahme des Minutenvolumens hervorruft (Fig. 4; Airila und C. Tigerstedt).

Auch die Steigerung des Blutdruckes nach intravenöser Zufuhr von den gewöhnlichen Herzmitteln Digitalis und Strophantus (Fig. 5) hat ihre wesentliche Ursache in

dem durch Kontraktion der peripheren Arterien vermehrten Widerstand, wenn auch in gewissen Fällen eine, übrigens ziemlich geringe Zunahme des Minutenvolumens nachgewiesen werden kann (C. Tigerstedt).

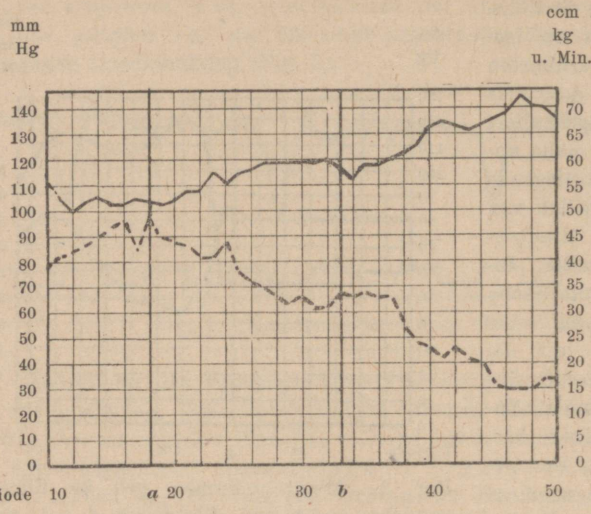


Fig. 5. Min.-Volumen pro kg Körpergew. (- - -) und Blutdruck (——) nach Einspr. von Tinct. Strophanti; **a**, Einspr. von 0.5 ccm; **b**, Einspr. von 1.0 ccm.

In diesen und anderen gleichartigen Fällen, z. B. Uzara (Fig. 6; Airila und C. Tigerstedt) ist also die Effektivität des Kreislaufes, wenn diese durch die vom Herzen herausgetriebene Blutmenge ausgedrückt wird, während stattfindender Drucksteigerung mehr od. weniger herabgesetzt.

Gleichzeitig ist, wenigstens nach Einspritzung von Adrenalin, Pituitrin, Digitalis und Strophantus, der Blutstrom in den eigenen Gefässen des Herzens reichlicher als sonst, denn die Herzgefässe nehmen, wie Morawitz und Zahn nachgewiesen haben, bei der allgemeinen Gefässverengerung nicht teil, sondern werden durch den in der Aorta herrschenden hohen Blutdruck vielmehr erweitert. Infolgedessen bekommt der Herzmuskel unter dem Einfluss von Adrenalin usw. eine reichlichere Blutzufuhr, während die Blutzufuhr zu den anderen Teilen des Körpers mehr oder weniger abnimmt.

Aus dem hier Angeführten geht also hervor, dass die vom Herzen herausgetriebene Blutmenge mehr oder weniger herabsinkt, wenn der Widerstand im arteriellen System durch kräftige Kontraktion der Gefässmuskeln vermehrt wird.

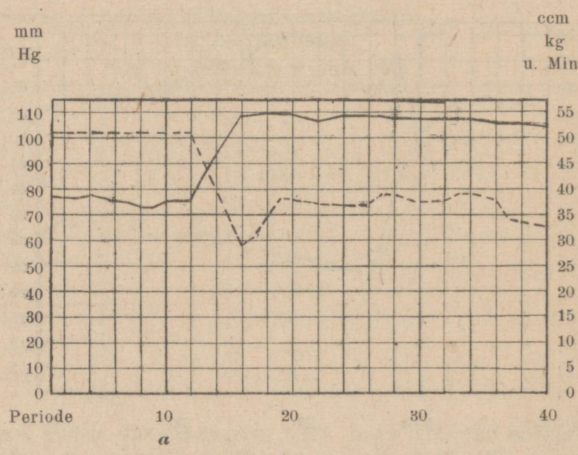


Fig. 6. Min.-Volumen pro kg Körpergew. (- - -) und Blutdruck (——) nach Einspr. von 0.2 ccm Uzara (bei **a**).

IV.

Dieses Resultat darf nicht verallgemeinert und auf alle Fälle von vermehrtem Widerstand übertragen werden, denn es bezieht sich nur auf den Fall, wenn der Widerstand oberhalb einer gewissen Grenze ansteigt. Findet dies nicht statt und nimmt also der Widerstand nur in mässigem Grade zu, so wird das Minutenvolumen im Gegenteil grösser, und zwar in gewissen Fällen recht beträchtlich grösser. Gleichzeitig erscheint auch eine mehr oder weniger umfangreiche Steigerung des Blutdruckes.

Das deutlichste Beispiel davon bietet die Zusammenziehung der Bauchgefässe nach Reizung des Splanchnicus (Fig. 7; C. Tigerstedt). Obgleich der gereizte Nerv eine unmittelbare Wirkung nur auf die Gefässe

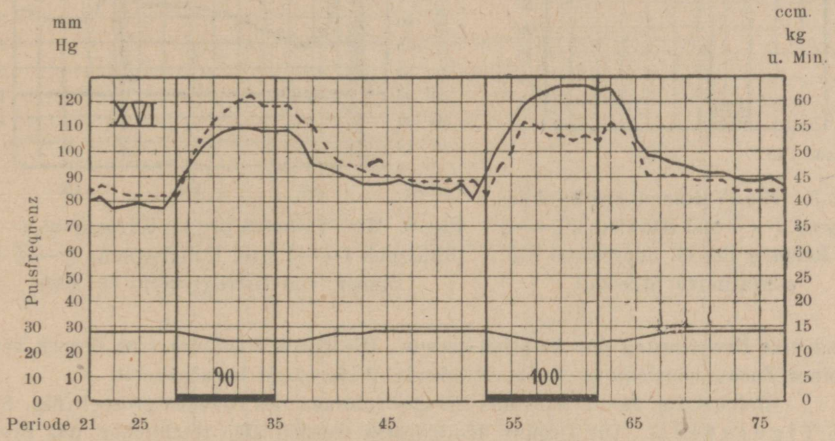


Fig. 7. Min. Volumen pro kg Körpergew. (- - -), Blutdruck (——) und Pulsfrequenz (——) bei Reizung des Splanchnicus (die breite Linie an der Abszisse).

ausübt und das Herz unberührt lässt, erscheint nichtsdestoweniger jetzt eine bemerkenswerte Zunahme des Minutenvolumens.

Die Erklärung dieser Erscheinung liegt im folgenden, was schon vor Jahren auf Grund der Druckvariationen bei der Reizung des Splanchnicus von Ludwig hervorgehoben worden ist.

Weil die peripheren Arterien in den Organen der Bauchhöhle wie auch die Verästelungen der Pfortader unter dem Einfluss des Splanchnicus verengt werden, muss das dort eingeschlossene Blut bei der Splanchnicusreizung aus ihnen herausgetrieben werden und ist also gezwungen in der Richtung gegen das rechte Herz zu strömen. Auf Grund dessen bekommt dieses eine grössere Blutmenge als vorher und kann also das linke Herz mit Blut reichlicher versorgen. Und das linke Herz vermag jetzt seinerseits mehr Blut in der Zeiteinheit herauszutreiben — alles unter der Voraussetzung, dass der Widerstand nicht im Verhältnis zur Leistungsfähigkeit des Herzens zu gross ist.

V.

Andererseits bewirkt eine Abnahme des Widerstandes unter Umständen eine wesentliche Zunahme des Minutenvolumens.

Dies ist besonders unter dem Einfluss des N. depressor der Fall. Wie bekannt, ruft die Reizung des zentralen Stumpfes dieses Nerven, wie Ludwig und Cyon nachwiesen, reflektorisch eine Abnahme der Herzfrequenz

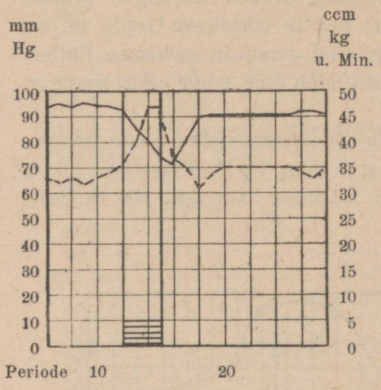


Fig. 8. Min.-Volumen pro kg Körpergew. (- - -) und Blutdruck (——) bei Reizung des N. depressors (die schraffierte Strecke).

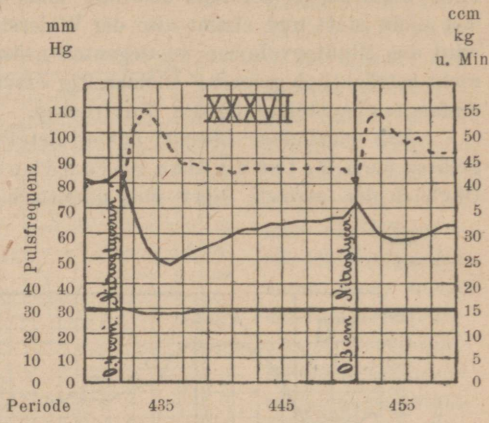


Fig. 9. Min.-Volumen pro kg Körpergew. (- - -), Blutdruck (——) und Pulsfrequenz (——) bei Einspr. von Nitroglyzerin (1 : 200).

und eine Erweiterung der Arterien hervor. Hierdurch wird der vom Herzen bei seiner Zusammenziehung zu überwindende Widerstand herabgesetzt.

Gleichzeitig damit wird das Minutenvolumen des Herzens grösser (Fig. 8; C. Tigerstedt). Die Organe des Körpers werden also reichlicher mit Blut

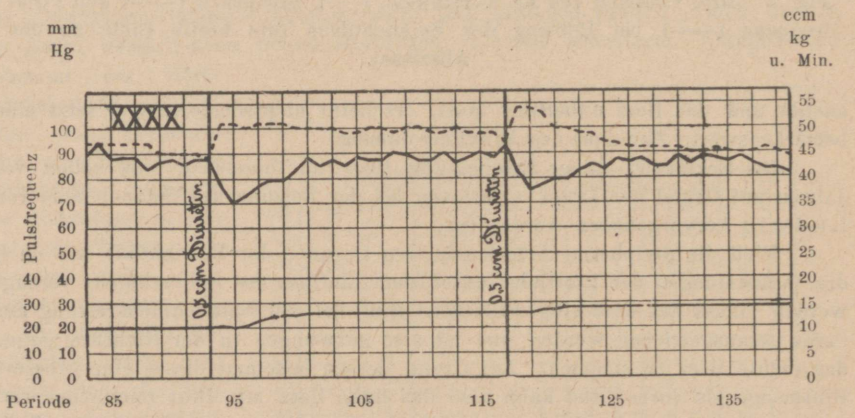


Fig. 10. Min.-Volumen pro kg Körpergew. (- - -), Blutdruck (——) und Pulsfrequenz (——) bei Einspr. von Diuretin (1 : 10).

gespeist, was seinerseits wiederum zeigt, wie unberechtigt es ist, aus dem Blutdruck an und für sich bestimmte Schlüsse betreffend die Leistungen des Herzens oder den Zustand des Kreislaufes zu ziehen.

Dauert die Reizung des Depressors etwas länger, so nimmt das Minutenvolumen allmählich wieder ab. Dies hat offenbar seinen Grund darin, dass der in den zentralen Venen vorhandene Überschuss von Blut wegen des grösseren Minutenvolumens schliesslich verbraucht worden ist, und dass das Blut während des weiteren Verlaufes der Reizung nicht in genügender Menge nach dem Herzen zurückgeströmt ist, weil es sich in den erweiterten peripheren Gefässen gesammelt hat und also gewissermassen dem Kreislauf entrückt worden ist.

Etwa die gleiche Wirkung wie der Depressor haben auch das Nitroglyzerin und das Diuretin: unter ihrem Einfluss nimmt das Minuten-

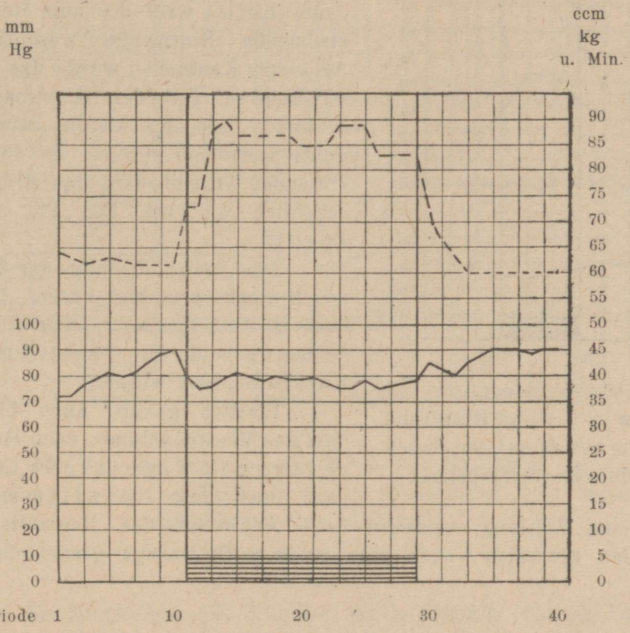


Fig. 11. Min.-Volumen pro kg Körpergew. (- - -) und Blutdruck (——) bei unmittelbarer Verbindung zwischen der Carotis und der V. jugularis ext. (die schraffierte Strecke).

volumen zu und zu gleicher Zeit sinkt der Blutdruck wegen der Gefässerweiterung herab (Fig. 9, 10; C. Tigerstedt).

Sehr auffallend gibt sich dieser Einfluss der Abnahme des Widerstandes zu erkennen, wenn eine grosse Arterie direkt mit einer grossen Vene, z. B. die Carotis mit der V. jugularis ext., unmittelbar vereinigt wird. Sobald diese Bahn eröffnet wird, steigt das Minutenvolumen stark in die Höhe bei gleichzeitiger Abnahme des Blutdruckes (Fig. 11; C. Tigerstedt).

VI.

Im allgemeinen kann man sagen, dass die vom linken Herzen herausgetriebene Blutmenge innerhalb weiter Grenzen mit der Zufuhr zum rechten Herzen zunimmt. Daraus erklärt sich, dass eine mit der Hand ausgeführte

Kompression des Bauches (Fig. 12; R. Tigerstedt) wie ein von einer gewissen Wassersäule im Wannenbad ausgeübter Druck auf den Körper (Fig. 13; C. Tigerstedt) mehr oder weniger das Minutenvolumen des linken Herzens erhöht.

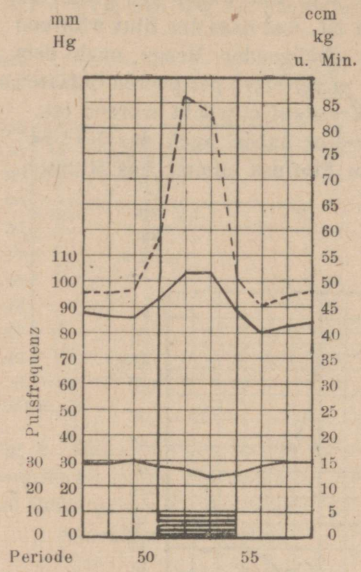


Fig. 12. Min.-Volumen pro kg Körpergew. (- - -) und Blutdruck (——) beim Druck auf den Bauch (die schraffierte Strecke).

Dasselbe Resultat kommt auch bei der Kompression der Extremitätenvenen durch die Zusammenziehung der Extremitätenmuskeln zu Stande. Auch hierbei wird die zum Herzen zurückströmende Blutmenge wesentlich erhöht. An einem Kaninchen wurde das Rückenmark im unteren Teil des Brustmarkes durchschnitten und der distale Stumpf mit Induktionsströmen gereizt. Bei dem dabei auftretenden Krampf stieg das Minutenvolumen erheblich an (vgl. Fig. 14; C. Tigerstedt).

Das keine Reizung der Gefässnerven des Hinterkörpers hier vorlag, folgt daraus, dass die betreffende Zunahme nicht mehr erschien, sobald die Skelettmuskeln durch Kurare gelähmt wurden.

Hierher gehört auch die Tatsache, dass das Minutenvolumen nach einer Vagusreizung (R. Tigerstedt und Ryömä) bzw. nach dem Herzflimmern (Yamada) eine Zeitlang vermehrt ist. Während des Herzstillstandes hat sich in den zentralen Venen eine grössere Blutmenge gesammelt, was dem

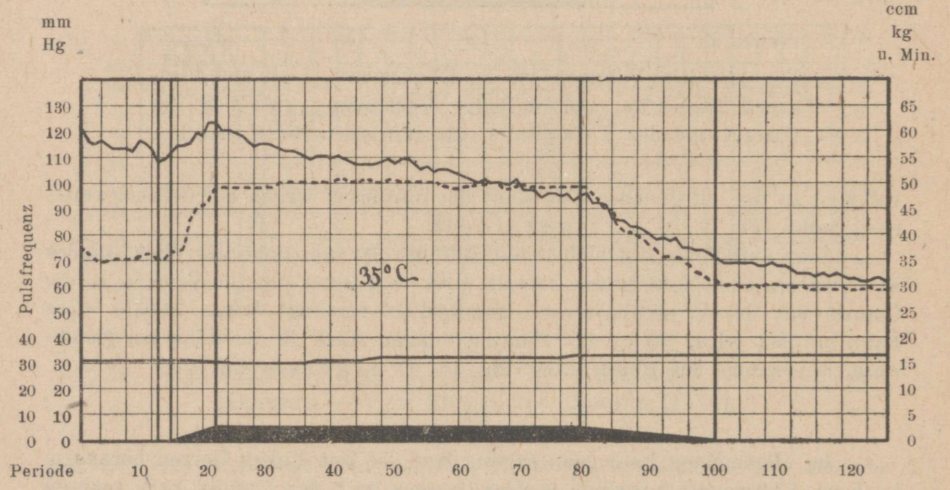


Fig. 13. Min.-Volumen pro kg Körpergew. (- - -) und Blutdruck (——) im Wannenbad (die dunkle Strecke; die Höhe derselben gibt den Druck des Wassers an).

rechten Herzen befähigt, das linke Herz reichlicher mit Blut zu versorgen.

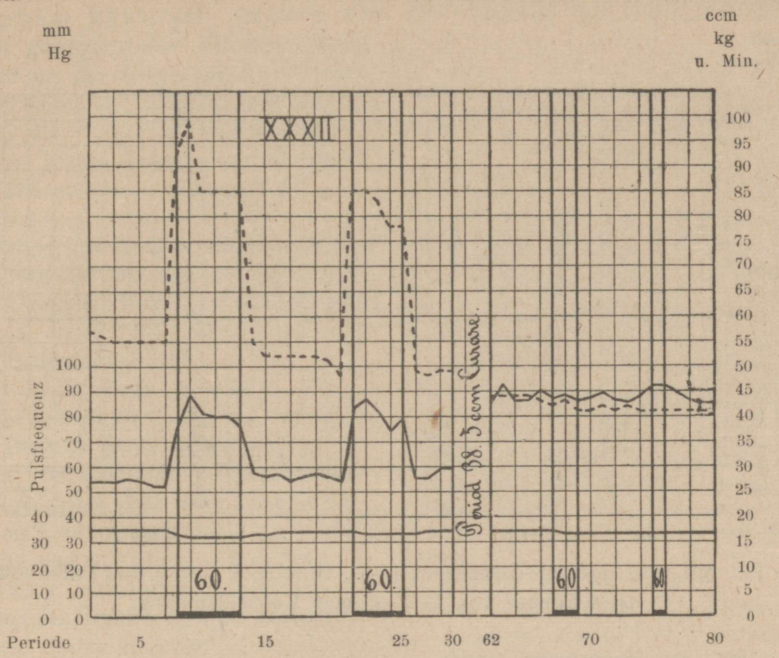


Fig. 14. Min.-Vol. pro kg Körpergew. (- - -), Blutdruck (——) und Pulsfrequenz (——) bei Reizung des Lendenmarkes (die schwarze Strecke an der Abszisse).

VII.

Wenn die Blutmenge des Körpers durch Infusion von Kochsalzlösung oder Blut vermehrt wird, nimmt auch das Minutenvolumen eine Zeitlang zu, und zwar selbst wenn die Menge der eingespritzten Flüssigkeit ganz unbedeutend ist, 1—3 ccm bei einem Kaninchen von $1^1/_2$—2 kg Körpergewicht (Fig. 15; C. Tigerstedt).

In diesem Falle gleicht sich die an und für sich nicht sehr intensive Veränderung des Kreislaufes bald aus.

Wenn dagegen die Vermehrung der Gefässfüllung etwas grösser ist, so bleiben die zentralen Venen eine längere Zeitlang mit Blut überfüllt, und unter diesen Umständen ist auch das Minutenvolumen entsprechend länger vermehrt — vorausgesetzt, dass die durch die Einspritzung zuwegegebrachte Zunahme der Blutmenge nicht so gross ist, dass das Herz hierdurch zu stark belastet wird und deswegen sofort oder nach einiger Zeit unter Symptomen von akuter Schwäche versagt und nur ganz kleine Blutmengen heraustreibt.

Schon bevor die Stromeichung in der Aorta ausgeführt wurde, hatte man bemerkt, dass ein Tier im allgemeinen leichter die Transfusion von Kochsalzlösung als von Blut erträgt, und zwar auch wenn die eingespritzte Menge der ersteren wesentlich grösser als die des Blutes gewesen ist.

Dieser Unterschied ist wesentlich von den durch die Einspritzung zuwegegebrachten Veränderungen der Blutviskosität verursacht.

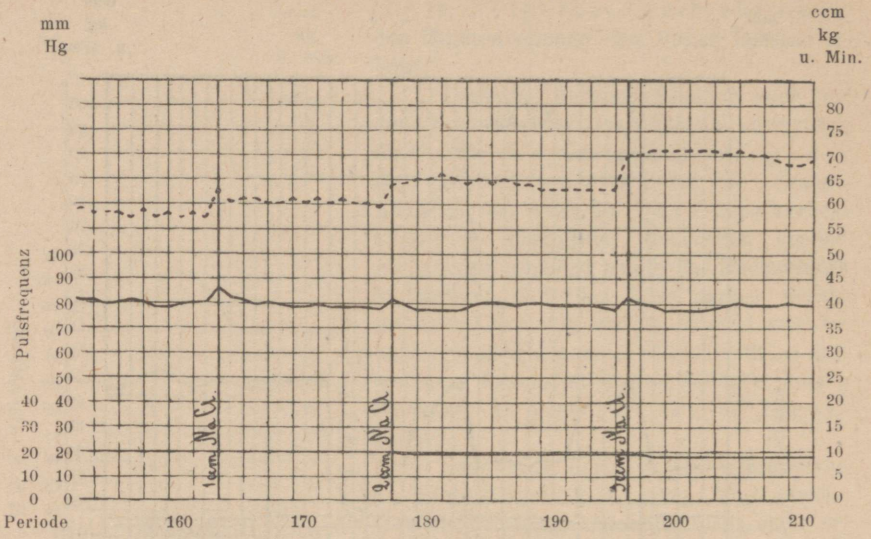


Fig. 15. Min.-Vol. pro kg Körpergew. (- - -), Blutdruck (——) und Pulsfrequenz nach Einspr. von 1—2—3 ccm Kochsalzlösung.

Bei der Transfusion einer physiologischen Kochsalzlösung wird das Blut verdünnt und seine Viskosität nimmt ab. Infolgedessen wird der Widerstand gegen die Strömung des Blutes geringer und das Herz kann nun mit geringerer Anstrengung eine grössere Menge Blut heraustreiben. Auch finden wir, dass der Blutdruck unter der Einwirkung einer derartigen Einspritzung kaum ansteigt, vielleicht sogar herabsinkt, während das Minutenvolumen in einem zuweilen sehr bedeutendem Grade zunimmt (Fig. 16; C. Tigerstedt).

Ich stelle mir vor, dass die günstige Wirkung der Kochsalztransfusion bei Kranken nach einer eingreifenderen Operation gerade von der Abnahme der Blutviskosität und der damit zusammenhängenden Erleichterung der Herzarbeit wesentlich abhängig ist.

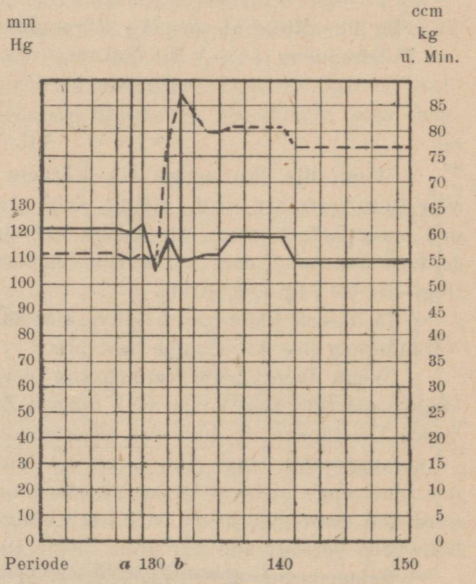


Fig. 16. Min.-Vol. pro kg Körpergew. (- - -) und Blutdruck (——) bei Einspr. von 40 ccm Ringerlösung (zwischen **a** und **b**).

Ganz anders stellt sich die Sache bei Einspritzung von defibriniertem Blut dar. Dadurch wird die Viskosität des Blutes wenigstens nicht geringer; das Minutenvolumen steigt an, die Steigerung ist indessen nicht selten nur flüchtig und das Minutenvolumen geht bald auf das frühere Niveau herab, während der Blutdruck eine bedeutende Zunahme zeigt (Fig. 17; C. Tigerstedt). Die allzu starke Belastung des Herzens wirkt schädlich auf dasselbe ein, und bei einer nicht zu geringen Menge transfundierten Blutes tritt der oben erwähnte Schwächezustand auf.

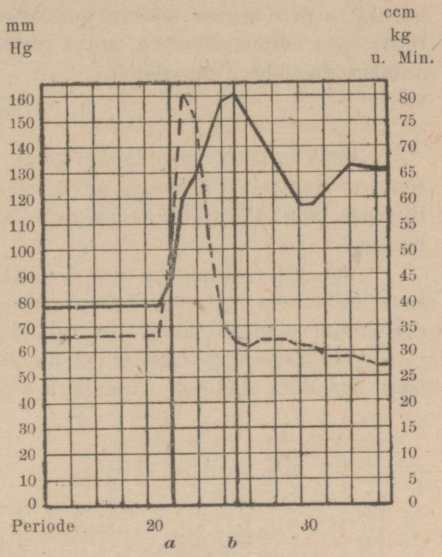


Fig. 17. Min.-Vol. pro kg Körpergew. (- - -) und Blutdruck (——) bei Einspr. von 40 ccm defibriniertem Blut (zwischen **a** und **b**).

Nach einer grösseren Blutentziehung wird die zur Verfügung des Herzens stehende Blutmenge geringer und das Minutenvolumen nimmt infolgedessen mehr oder weniger ab.

Wird nun ein einziger ccm einer konzentrierten Kochsalzlösung intravenös eingespritzt, so nimmt der Druck wegen der jetzt ausgelösten Gefässkontraktion stark zu. Nach kurzer Zeit kommt ausserdem eine bedeutende Zunahme des Minutenvolumens zum Vorschein (Fig. 18; Seppä).

Durch die starke Salzlösung ist der osmotische Druck des Blutes grösser geworden; dadurch ist eine nicht ganz geringe Menge Flüssigkeit aus den Geweben ins Blut übergetreten, die Füllung der Gefässhöhle und damit auch die

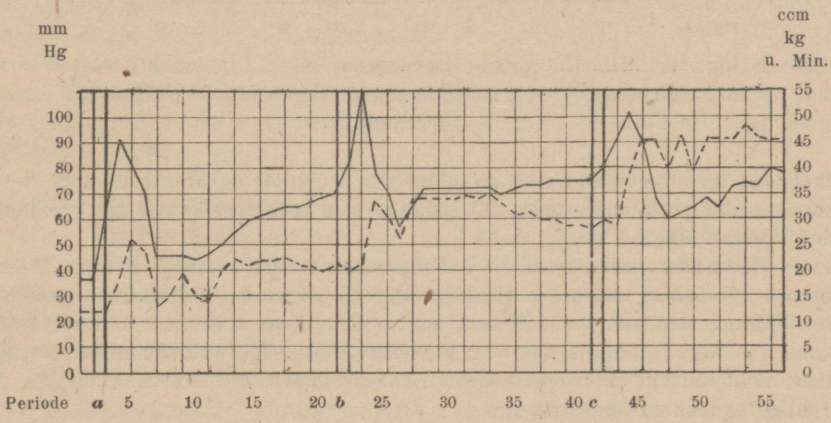


Fig. 18. Min.-Vol. pro kg Körpergew. (- - -) und Blutdruck (——) nach Einspr. von 1 ccm gesättigter Kochsalzlösung (**a, b, c**) bei einem Kaninchen, dem vorher 20 ccm Blut entzogen waren.

zur Verfügung des Herzens stehende Blutmenge hat zugenommen. Da ausserdem die Viskosität dieses Blutes offenbar kleiner als die des normalen Blutes ist, ist es dem Herzen leichter geworden, in der Zeiteinheit eine ziemlich grosse Blutmenge herauszutreiben, unter gleichzeitiger Abnahme des Blutdruckes vom anfangs erreichten Maximum.

VIII.

Im Vergleich mit der grossen Rolle, welche die zur Verfügung des Herzens stehende Blutmenge in Bezug auf das Minutenvolumen spielt, ist der Einfluss von Veränderungen der Pulsfrequenz ziemlich unbedeutend.

Bei jeder Zunahme der Pulsfrequenz wird die Zeit der Füllung des Herzens zwischen je zwei Zusammenziehungen kleiner, und bei jeder Abnahme der Frequenz nimmt diese Zeit zu.

Vorausgesetzt, dass die Zahl der Herzschläge nicht so stark zunimmt, dass das Herz dadurch wesentlich beschädigt wird, sollte eine Zunahme der

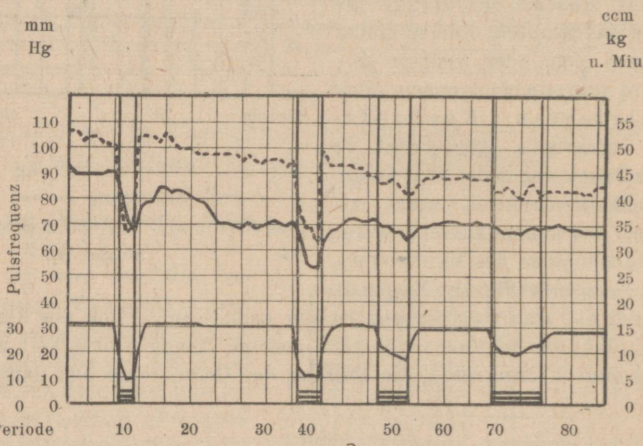


Fig. 19. Min.-Vol. pro kg Körpergew. (- - -), Blutdruck (——) u. Pulsfrequenz (——) bei Reizung d. Vagus (die schraffierten Strecken).

Frequenz im allgemeinen eine Zunahme des Minutenvolumens bewirken, wenn nämlich eine genügend grosse Blutmenge in den zentralen Venen zur Verfügung des Herzens steht.

Und andererseits, wenn die Pulsfrequenz unterhalb einer gewissen niederen Grenze herabsinkt, muss das Minutenvolumen, sogar bei vollkommen genügender Füllung der zentralen Venen, abnehmen, denn während seiner Diastole kann das Herz jedenfalls nur eine begrenzte Blutmenge aufnehmen und vermag also nicht durch ein vergrössertes Schlagvolumen die starke Abnahme der Schlagfrequenz zu kompensieren.

Dagegen können wir nur erwarten, dass das Minutenvolumen bei mässigen Veränderungen der Schlagzahl nur wenig verändert werden soll — immer unter der Voraussetzung, dass genügend Blut in den zentralen Venen vorhanden ist.

Dass diese Folgerung richtig ist, ging schon aus Versuchen hervor, wo die Menge des in der Aorta thoracica descendens strömenden Blutes vor, während und nach Reizung der hemmenden Herznerven geeicht wurde (Elving und v. Wendt). Nachdem die temporäre Aufhebung des Kreislaufes durch Bindung der Lungenarterie stattgefunden hat und dabei die betreffenden Nerven nicht, wie bei der Abklemmung der Vorhöfe, ausser Tätigkeit gesetzt worden sind, hat es sich herausgestellt, dass auch die durch die Aorta ascendens strömende Blutmenge, trotz einer ganz bedeutenden Abnahme der Pulsfrequenz, nur wenig oder gar nicht abnimmt, während sie bei einer mehr ausgesprochenen Retardation entschieden vermindert wird (Fig. 19; C. Tigerstedt).

IX.

Wie Lichtheim nachgewiesen hat, kann die eine Lunge vom Kreislauf ausgeschaltet werden, ohne dass der Druck im arteriellen System abnimmt. Daraus folgerte man, dass die Blutmenge, welche die Lungen passiert, gleichgross ist, gleichgültig ob die Lungengefässe vollständig oder nur zur Hälfte offen sind.

Der Beweis für die Richtigkeit dieser Auffassung ist durch die Eichung des Blutstromes in der Aorta vor, während und nach der Bindung der ganzen linken Lunge geliefert (Fig. 20; R. Tigerstedt). Wenn der Aortadruck in Folge der Bindung herabsank, zeigte das Minutenvolumen eine entsprechende Abnahme; blieb der arterielle Druck einigermassen unverändert, war auch das Minutenvolumen unverändert.

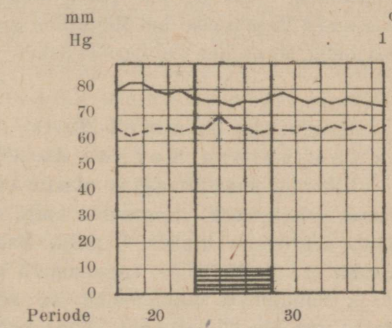


Fig. 20. Sekundenvol. (- - -) u. Blutdruck (——) vor, während und nach der Abbindung der ganzen linken Lunge (die schraffierte Strecke).

Unter gewissen krankhaften Bedingungen ziehen sich die Lungengefässe so stark zusammen, dass sie nur eine sehr geringe Blutmenge passieren lassen. Das linke Herz bekommt nun gar wenig Blut; es kann also nicht eine genügende Blutmenge heraustreiben und der arterielle Blutdruck nimmt mehr oder weniger ab.

So ist vor allem beim beginnenden Lungenödem, wie es sich bei einer längere Zeit unterhaltenen künstlichen Atmung an einem kuraresierten Tier mit geöffnetem Brustkasten und in Aethernarkose entwickelt, der Fall. Der Blutdruck kann hierbei verhältnismässig hoch sein, während das Minutenvolumen stetig abnimmt: der Körper strebt durch eine allmählich immer stärkere Kontraktion der Gefässe die Druckabnahme zu kompensieren, die wegen des kleineren Minutenvolumens sonst entstehen sollte.

Ein anderes Beispiel von den Wirkungen einer Veränderung der Blutbahn in den Lungen gibt uns der anaphylaktische Schock. Wenn man an einem Kaninchen einige ccm Rinderblut intravenös injiziert und ein paar Wochen später die Einspritzung wiederholt, indessen nur mit der Hälfte der ersten Gabe, tritt der Tod innerhalb weniger, 2—5, Minuten ein. Hierbei sinkt

der Blutdruck von einem ziemlich hohen Wert sehr schnell auf ein Minimum herab.

Dass diese Drucksenkung von einem sehr stark gesteigerten Widerstand in den Lungengefässen bedingt ist, folgt daraus, dass der Druck in der Lungenarterie dabei in hohem Grade ansteigt, und dass das Minutenvolumen des linken Herzens zur Zeit der grossen arteriellen Drucksenkung schnell auf Null herabsinkt (Airila).

In neuerer Zeit sind Methoden für die Bestimmung des Minutenvolumens des Herzens beim Menschen ausgebildet worden. Diese gründen sich auf die Feststellung der Mengen, in welchen gewisse Gase vom Blute während dessen Strömung durch die Lungen aufgenommen oder abgegeben werden.

Es ist mir indessen nicht möglich die hierhergehörigen, sehr wichtigen Arbeiten hier zu besprechen. Ich habe es aber nicht unterlassen wollen, sie zu erwähnen, weil es uns durch diesen möglich geworden ist, die an Tieren gewonnenen Ergebnisse am Menschen zu prüfen und für das Studium des Kreislaufes beim Menschen zu verwerten.

*

32) Dr. A. Rammul-Tartu: **Lähemad ülesanded tervishoiu alal** (Les tâches prochaines de l'hygiène en Esthonie).

Viimane suur ilmasõda nõudis oma ohvriks ülipalju inimesi, seda kõige kallimat rahva vara. Kaotasid, näit., sõjaväljal langenutena Prantsusmaa 1.5 miljoni, Inglismaa umbes 1 milj., Saksamaa 2 milj., Austria-Ungaria 1.5 ja Venemaa 2.5 milj. kõige tugevamaid poegi. Kui üldist surevuse arvu kasvamist ja sündimiste kahanemist ka veel arvesse võtta, siis ulatab kaotatud inimeste arv üle 37 miljoni! Need kohutavad kaotused sundisid paljuid suurrahvaidgi tõsisemale järelmõtlemisele oma tuleviku üle, sest mitme juures oli juba ammu enne ilmasõda sündivuse langemist märgata, näit. Saksamaal, ja selletõttu ka rahva juurdekasvu vähenemist lähemas tulevikus oodata. Prantsusmaal oli juba ammu sündivus niivõrd langenud, et tema surevusega hädavaevalt tasakaalu pidas, sagedasti allagi jäädes. — Meil oli enne viimast sõda rahva juurekasvu umbes 4—5 iga tuhanda elaniku kohta, aga pääle sõja on esimesed aastad isegi surevuse ülekaalu esile toonud, mille juurde veel sõjakaotused tuli lugeda.

1919 a. kui viimasel sõjaaastal tähelepandud rahvakahanemine on arusaadav: sündis 17 152 (15,9 ‰) suri 28 800 (26,86 ‰) nendest 16 711 meessugu ja 12 089 naissugu, sellega rahva vähenemine 11 648 võrra (10,95 ‰). Aga ka 1920 a. sündis 13 410 (11,95 ‰), suri 11 195 meest. 10 168 naissugu, kokku 21 363 (19,01 ‰), seega rahva arvu kahanemine 7953 in. võrra (7,06 ‰). Sündivuse kahanemise põhjused tuleb sõjaoludes ja tema järeldustes otsida. Suure surevuse põhjuseks olid aga taudid, milledest nimetada tuleksid: kõhutõbi (düsenteri), mis 1919 a. 3278, ja 1920 a. 3459 haigeks jäänuist andis; plekisoetõbi 314 ja 4125 juhtumisega, korduv soetõbi 10 ja 978 j., kõhusoetõbi 267 ja 1094 juht., rõuged 163 ja 435 j., sarlakid 886 ja 2549 j. (Surevuse andmeid üksikutest haigustest polnud võimalik saada.)

Nendest andmetest näeme, et meil tervishoiu alal palju tööd on. Kõigepäält peab arvustik hästi korraldatud olema, et täpipäälseid teateid saada

rahva liikumise, sündivuse, surevuse, sisse- ja väljarändamise üle, haiguse juhtumiste — vähemalt tähtsamate — üle, muidugi ka abielluheitmiste ja muude rahva elus tähtsate nähtuste üle. Üksikute n. n. sotsiaalsete haiguste üle (tiisikus) tuleb eriuurimused toime panna; niisamuti ka vigaste, nõdrameelsete, pimedate arvu kättesaamiseks. Et aga kindlaid ja tõepäraseid andmeid saada, peab kohtadel rohkem arste olema, kui neid praegu olemas, iseäranis maal; ka rahva hariduse ja kultuuri tasapinda tuleb kõigiti tõsta, et tema arsti poole õigel ajal pööraks, tema korraldusi õigesti täidaks ja haiguste eest end rohkem hoida mõistaks. Rahva teadmist tervishoidlisel alal tuleb tõsta koolide, loengute, tervishoidliste alaliste ja rändavate näituste, muuseumide abil. Kui ühtlasi rahva majandusline seisukord paraneb, ja tervishoidlisi asutusi ja sisseseadeid, näit., veevärkisid hää veega, kanalisatsioone, varjupaike juurde tuleb, siis võib kindlasti taudide vähenemist ja surevuse langemist loota, nii kui seda juba ammu on tähele pandud vanades kultuurriikides. Nii oli 1914. a. surevus Helveetsias 14,3, Inglismaal 14,0, Norramaal 13,5, Daanimaal 12,6 ja Hollandimaal 12,4‰, kuna ta vastandina kultuurivaestes riikides näit. Rumeenis 23,8‰ ja Venemaal 29,0‰ pääle samal ajal tõusis, s. o. umbes kaks korda suuremaks. Et viimastel maadel rahvaarv siiski ei kahane, tuleb sellest, et sääl harilikult ka sündivus palju suurem on, kui kultuurriikides.

Meil tuleb kodumaa linnade, alevite, külade ja teiste elamiste tervishoidlist seisukorda ja nende elanikkude elu ja olu, kombeid ja viise, kõigekülgselt uurida, mille otstarb oleks: 1) teada saada põhjusi, miks taudid mõnes kohas nii suurel mõõdul laiali lagunesid, seks, et neid põhjusi kõrvaldada; 2) kohtadel, leiduvate tervishoidlises suhtes väärnähtuste kõrvaldamiseks tarvilist juhatust anda, et taudide tekkimist ja laialilagunemist ära hoida.[1])

Ühiskonna haiguste — tiisikuse, alkoholismi ja suguhaiguste — iseäranis siifilise vastu tuleb võitlust suuremas ulatuses korraldada, kuna nemad ka tulevaste põlvede pääle mõjuvad, neid kas hävitades nagu siifilis, ehk aga nõrgendades ja rikkudes nagu tiisikus ja alkoholism.

Tiisikuse vastu võitluses on senini rahva üldtervishoidlise ja majanduslise tasapinna tõstmine, tööolude tervendamine, ühes haigete varajase ravitsemisega kodus, varjupaikades ehk sanatooriumides kõige rohkem häid tagajärgi annud. Alkoholismi vastu võitlus võib seda saavutada ainult siis, kui riik teisele seisukohale alkoholi müügi kohta asub, viimast ainult tööstuse otstarbeks lubades ja omad kangeist jookidest saadavad sissetulekud puhtamatest, rahva tervisele mitte hädaohtlikkudest allikatest nõutama hakkab. Niisuguseid allikaid tuleb õige pea otsima hakata, ja et neid kergem leida, tuleks riigi väljaminekuid kokku hoida. — Suguhaiguste üle on teisel kohal juttu.

Viimaks on tarvilik järjekindel tegevus keha- kui ka pääga töötajate ja nende perekondade kinnituse alal haiguste, õnnetute juhtumiste, töövõimetuse ja surma vastu. Kui häid tagajärgi see annab rahva tervise ja jõu kokkuhoidmise suhtes, näitab Saksamaa.

Need ülal tähendatud ülesanded, mille lahendamisel nii mõjuv osa eden-

1) Et tervishoiu päävalitsuse, Tartu ülikooli tervishoiu ja bakterioloogia instituutide juhatusel, maakonna ja jaoskonna arstide kaasabil said eriarstide poolt üliõpilaste kaasabil juba sel suvel alustatud niisugused uurimused, elamiste kirjeldused ühes selgitavate rahvalikkude loengutega toime pandud.

dada on E. V. tervishoiu päävalitsusel, näitavad — et tõsist tööd väga palju on. Selle töö suur tähtsus jälle nõuab, et tervishoiu päävalitsus mitte üheks kõrvaliseks osakonnaks siseministeeriumi alla ei jääks, vaid oma tähtsuse väärilisele kohale saaks, mis nüüd ka teostumas on tema kokkuliitumise teel hoolekande ministeeriumiga.

Lisa B. Kongressi resolutsioonid. Beschlüsse des Kongresses:

I. Sektsioon: Avalik meditsiin.

1. Üldine sooviavaldus. Eesti Arstide Liidu juures tuleb luua kommisjon, kelle ülesandeks oleks välja töötada tervishoidliste teadmiste laialilaotamise viisid rahva seas kui ka tervishoidliste seaduste kavatsused ja tõutervishoiu küsimuste lahendamine.

Tartus tuleks rahvalik tervishoiu muuseum ühes raamatukoguga asutada ühenduses ülikooliga.

2. Tiisikus kui suure tähtsusega üldiselt laialilagunud rahvahaigus nõuab ka meil Eestis erilist tähelpanu eduka võitlemise suhtes.

Sellepärast tuleks ligemal ajal kokku kutsuda kongress, mille pääaineks oleks tiisikuse tekkimise ja laialilagunemise kui ka selle vastu võitlemise küsimuste selgitamine kõige laiemas ulatuses.

3. Pimedate arvu kindlakstegemise viisi ja nende parandamise võimaluse küsimuse lahendamiseks 3 liikmeline kommisjon valida — prof. Blessig, Dr. Uudelt ja dots. Talvik.

4. Lastekaitse. a) Iga abitarvitaja laps alla 16. a., kellel hoole-

I. Sektion: Öffentliche Medizin.

1. Allgemeines. Es ist beim estn. Ärzteverbande eine Kommission einzusetzen, derer Aufgabe es wäre geeignete Modalitäten zur Propagation hygienischer Kenntnisse im Volke auszuarbeiten, desgleichen Gesetzesvorlagen zur Regelung des Gesundheitswesens von sozialhygienischen und eugenischen Gesichtspunkten aus.

Es ist in Dorpat, im Kontakte mit der Universität, ein Hygiene-Museum nebst Bibliothek zu gründen.

2. Die Tuberkulose, als eine allgemein verbreitete Volkskrankheit von einschneidender Bedeutung, erfordert in Eesti eine ganz besondere Beachtung im Sinne ihrer wirksamen Bekämpfung. Daher ist in nächster Zeit ein Kongress einzuberufen, auf welcher das Hauptthema die Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung der Tuberkulose im weitesten Ausmasse bilden soll.

3. Zur Ausarbeitung der Modalitäten einer anzustellenden allgemeinen Blindenenquente sowie der Möglichkeiten einer wirksamen Blindenfürsorge ist eine spezielle Kommission einzusetzen im Bestande der Herren Prof. Blessig, Dr. Uudelt und Dozenten Talwik.

4) Kinderschutz. a) Jedes hilfebedürftige Kind unter 16 Jahren,

kandjat ei ole, peab riigi ehk kogukonna poolt ülespidamist leidma.

b) Seaduseandlisel teel tuleb määrus maksma panna, mis paneks leitud, mahajäetud, abitarvitajad, maksu eest kasvatada antud ja väljaspool abielu sündinud lapsed omavalitsuse asutuste jõuvalve alla.

c) Amme küsimus tuleb seaduse teel lahendada, selles mõttes, et ka ammelapse eest tarvilikult hoolt kantakse.

d) Tallinnas, Tartus ja Narvas tulevad lastehaigemajad asutada.

e) Nimetatud linnade sünnitusasutustes peab vaestele emadele võimalikuks tehtama maksuta vastuvõtmist leida, kuna vähemate linnade haigemajade juurde sellekohased jaoskonnad tulevad sisse seada.

f) Tallinna, Tartu ja Narva tulevad linnavalitsuste poolt nõuandekohad emadele käima panna ja nende juurde piimaköögid asutada.

g) Vabrikute juurde, kus palju naistöölisi, tulevad vabrikute kulul sõimed luua.

h) Naiskoolides tuleb tervishoiu tundidel vanematcs klassides, ka lapse toitmise ja ravitsemise küsimusi käsitada.

i) Töölistele ja ametnikkudele, kellele perekonna toetusraha maksetakse, ei tule esimesele kahele lapsele sugugi abiraha anda, vaid alles kolmandast lapsest pääle seda tegema hakata.

k) Lasterikastele perekondadele kolmest lapsest pääle tuleb riigi ja omavalitsuse asutustesse teenistusse astumise juures eesõigus anda, kui teised eeldused ühesugused on.

l) Iga poissmees, 30. a. pääle, iga lasteta leskmees ja lasteta abielumees,

das keinen Fürsorger hat, soll vom Staate oder der Gemeinde unterhalten werden;

b) Auf gesetzgeberischem Wege sind die Findelkinder, die verwahrlosten, hilfebedürftigen sowie die gegen Entgelt zur Erziehung übergebenen Kinder der Obhut der kommunalen Selbstverwaltungsorgane zu unterstellen.

c) Die Ammenfrage ist auf gesetzgeberischem Wege dahin zu regeln, dass auch für die Kinder der Ammen gebührend gesorgt wird.

d) Es sollen in Reval, Dorpat und Narva Kinderhospitäler gegründet werden.

e) In den Gebäranstalten benannter Städte soll es mittellosen Müttern ermöglicht werden unentgeltliche Aufnahme zu finden, während bei den Hospitälern kleinerer Städte entsprechende Abteilungen zu gründen sind.

f) Es sollen in Reval, Dorpat und Narva seitens der Stadtverwaltungen Beratungsstellen für Mütter, nebst Miichküchen, gegründet werden.

g) Bei den Fabriken mit einer grösseren Anzahl weiblicher Arbeiter sollen Krippen auf Kosten der Fabrikinhaber gegründet werden.

h) Der Hygieneunterricht in den älteren Klassen der weiblichen Lehranstalten soll auch die Säuglingsernährung und -Behandlung umfassen.

i) Arbeiter und Staatsbeamte bekommen für die ersten 2 Kinder keine Familien-Unterstützungsgelder, sondern erst für das dritte und die folgenden.

k) Kinderreiche Familien — mit 3 und mehr Kindern — geniessen ein Vorrecht bei der Besetzung staatlicher und kommunaler Ämter, falls die übrigen Prämissen gleichwertig sind.

l) Jeder steuerpflichtige Unverehelichte vom 30. Lebensjahre aufwärts,

kui nad sissetulekumaksu maksavad, peavad niisamapalju veel lastekaitse hääks maksma.

5. Kooli tervishoid. a) Omavalitsusé kui ka riigi kulul ja toetusel ülalpeetavate koolide arste valib omavalitsuse tervishoiu osakond, kuhu kuuluvad kõik selle teenistuses olevad arstid.

b) On soovitav, et linnades oleks kõikide koolide jaoks ühine ambulants spetsialistide kaastöötamisel.

c) Kosliarsti amet peab pääamet olema.

d) Tervishoiu õpetus peab algkooles eriaineks olema kahe viimase klassi õpekavas; teda tuleb õpetada kaks tundi nädalas ja ta sisaldagu ka suguelu tervishoidu.

e) Tervishoiu õpetus on sunduslik õpeaine ülikoolis eriti kooli- ja kirikuõpetaja elukutsele ettevalmistajatele; tervishoiu õpekava peab ka õpetajaid ettevalmistavates eriõpeasutustes aine tähtsusele ja ajanõuetele vastavalt laiendatama.

f) Eri-kooliarstide ettevalmistamine on tarvilik; praegustele kooliarstidele tuleb korraldada perioodilised kursused, kus muude ainete hulgas ka katselist psükoloogiat tuleb õpetada.

g) Koolimajade ehitamine ja nende sisseseadimine, kui ka uute koolide avamine üürikorterites peab sündima kooliarsti hääkskiitmisel; erilist tähelpanu tuleb pöörda kooli pinkide otstarbekohasuse pääle.

h) Tuleb korraldada perioodilisi kooliarstide kongresse.

i) Eestis on tarvis asutada erikoolid

jeder kinderlose Witwer und Ehemann, zahlt neben der Einkommensteuer den gleichen Betrag zum Besten des Kinderschutzes.

5) Schulhygiene. a) Die Schulärzte der staatlichen und kommunalen Lehranstalten sollen gewählt werden von den betreffenden Sanitätsverwaltungen, die von dienstlich beauftragten Ärzten gebildet werden.

b) Es sollte in jeder Stadt eine allgemeine Schulambulanz, bei Hinzuziehung spezialistischer Kräfte, bestehen.

c) Das Amt eines Schularztes sollte Hauptamt sein.

d) Der Hygieneunterricht soll in den 2 letzten Klassen der Elementarschulen obligatorisch sein, mit je 2 Stunden wöchentlich, und soll auch die Hygiene des Geschlechtslebens umfassen.

e) Die Hygiene soll obligatorisches Hochschulfach sein für zukünftige Pädagogen und Geistliche; in den Lehrerseminarien soll der Hygieneunterricht entsprechend seiner Wichtigkeit und den Anforderungen der Zeit erweitert werden.

f) Es ist für angehende Schulärzte eine spezielle Vorbildung erforderlich; für die gegenwärtigen Schulärzte sollen periodische spezielle Lehrkurse veranstaltet werden, in deren Programm auch die experimentelle Psychologie aufgenommen werden soll.

g) Die Erbauung und Einrichtung der Schulhäuser sowie die Eröffnung der Schulen in Privathäusern soll nur nach voraufgegangener Prüfung seitens des Schularztes erfolgen; besondere Aufmerksamkeit ist der zweckmässigen Konstruktion der Schulbänke zu widmen.

h) Es sind periodische schulärztliche Kongresse zu veranstalten.

i) Es sollen in Eesti eigene

nõrgaandelistele lastele ja eri-kodud idiootidele.

k) Koolides tulevad kõik need lapsed, kes küllalt edasi ei jõua, katsepsükoloogia seisukohalt läbi vaadata.

6. Sport. a) On tarvilik koolides tervishoiu õpitunnis ka teoreetiline õpetus spordi üle läbi viia, puudutades kõigepäält kolme spordivormi — võimlemist, turnimist ja kerget sporti.

b) Sport (turnimine, võimlemine ja kergesport) tuleb kõigis koolides sundusliseks teha.

7. Töömeetod. Soovitav on teadusliselt põhjendud kehalise töö organiseerimise meetodi maksmapanemine, nagu oma väljenduse üldises joontes on leidnud taylorismis, mis juures tema teostamine peab sündima arstlise erivalve all.

III. Sektsioon: Suguhaiguste vastu võitlemine.

1) Suguhaiguste vastu võitlemise Seltsi põhikirja väljatöötamiseks ja Seltsi koosoleku kokkukutsumiseks valitakse kommisjon: prof. Paldrock, Dr. Kengsep ja Dr. Terrepson. Esimees: prof. A. Paldrock.

2) Lex veneris'e valjatöötamiseks valitakse kommisjon: prof. Paldrock, Dr. Rütmann ja Dr. Kengsep. — Kommisjoni esimees: prof. Paldrock. — Kommisjon paneb oma resolutsioonid suguhaiguste vastu võitlemise Seltsile ette.

3) Kohalikkudele arstiseltsidele soovitatakse võimalust mööda rahva seas propageeri suguhaiguste profülaks'i.

Sehulen für schwachbegabte Kinder sowie Heime für idiotische gegründet werden.

k) Es sollen alle Schulkinder, die schlecht vorwärtskommen, vom experimentell-psychologischen Standpunkte geprüft werden.

6. Sport. a) In den Hygieneunterricht der Schulen soll auch ein theoretischer Lehrgang über den Sport mit inbegriffen sein, insbesondere über die Freiübuugen, das Turnen und den Leichtsport.

b) Freiübungen, Turnen und Leichtsport sollen in allen Schulen obligatorisch gepflegt werden.

7) Arbeitsmethodik. Es ist zu befürworten, dass eine wissenschaftlich begründete Methodik der körperlichen Arbeit zur Anwendueg kommt, wie eine solche in allgemeinen Zügen im Taylorismus ihren Ausdruck gefunden hat, wobei die praktische Durchführung derselben unter ärztlicher Kontrolle geschehen soll.

III. Sektion: Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1) Es ist eine Kommission zur Ausarbeitung der Statuten eines Vereins zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sowie zur Einberufung der Generalversammlung dieses Vereins einzusetzen im Bestande der Herren Prof. Paldrock, Dr. Kengsep und Dr. Terrepson. Präses der Kommission ist Prof. Paldrock.

2) Es ist zur Ausarbeitung eines lex Veneris eine Kommission einzusetzen im Bestande der Herren Prof. Paldrock, Dr. Rütmann und Dr. Kengsep. Präses: Prof. Paldrock.

3) Es ist den lokalen Ärztegesellschaften anzuempfehlen nach Möglichkeit im Volke die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten zu propagieren.

4) Apteekisid kohustada pidama suguhaiguse ärahoidmise vahendid, mille väljapanemine aga niisamuti kui kuulutamine seltskonna kõlblustunnet haavaval viisil sündida ei tohi.

5) Sojaväes on soovitav profülaksist igapidi läbi viia.

6) Tartus ja Tallinnas, võimaluse korral ka teistes linnades, lühikesi suguhaigusi käsitavaid kursusi arstidele toime panna, kohalikkude arstiseltside korraldusel.

7) Tallinnas ja Tartus riigi poolt sisse seadi kummagis suurem haigemaja naha ja suguhaiguste jaoks millede juures tuleks eri-osakonnad avada pärandatud siifilishaigete laste jaoks.

8) Tallinnas ja Tartus luua keskkohad Wassermanni vereproovi toimepanemiseks, kus tarbekorral ka ilma tasuta tehtakse vereproov kohalikkude tervishoiu osakondade poolt saadetud haigetele.

9) Tervishoiu päävalitsuse tähelepanu selle pääle pöörda, et arvete ja aruannete sisseandmisel suguhaigete nimede nimetamine mitte soovitav ei ole.

10) Tulevase arstide kongressi teemadeks määratakse nahahaiguste alal: a) parasitäär nahahaigused — referent Dr. Seegrön, corref. Dr. Kook; b) nahatuberkuloos — refer. prof. Paldrock, corref. Dr. Terrepson. — Suguhaiguste alal: a) suguhaiguste statistika Tallinnas — Dr. Rütmann. Tartus — Dr. Põdder; ülemaaline — Dr. Spindler; b) suguhaiguste teraapia — refer. prof. Paldrock.

11) Esitatakse järgmine suguhaiguste teatamise lehe kava:

4) Die Apotheken sollen verpflichtet sein prophylaktische Mittel zu halten; doch darf die Ausstellung und Reklamierung dieser Mittel nicht in einer den öffentlichen Anstand verletzenden Weise stattfinden.

5) Es ist eine durchgreifende Prophylaxis in der Armee durchzuführen.

6) In Dorpat und Reval, nach Möglichkeit auch in anderen Städten sollen kurzfristige Ärztekurse über Geschlechtskrankheiten von den örtlichen Ärztevereinen veranstaltet werden.

7) Es ist in Reval und Dorpat auf Staatskosten je ein grösseres Hospital für Haut- und Geschlechtskranke einzurichten, bei denen eigene Abteilungen für hereditär-syphilitische Kinder zu eröffnen sind.

8) In Dorpat u. Reval soll je eine Zentrale zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion gegründet werden, wo erforderlichenfalls die Blutprobe den von den lokalen Sanitätsabteilungen geschickten Kranken kostenlos gemacht wird.

9) Die Sanitäts-Hauptverwaltung dahin zu verständigen, dass gelegentlich der Eingabe der Rechnungen und Berichte es nicht statthaft ist die Geschlechtskranken namentlich anzuführen.

10) Als Themen für den nächsten Ärztekongress werden vorgeschlagen: auf dem Gebiete der Hautkrankheiten: a) Parasitäre Hautkrankheiten — Ref. Dr. Seegrön, Corref. Dr. Kook; b) Hauttuberkulose — Ref. Prof. Paldrock, Corref. Dr. Terrepson; auf dem Gebiete der venerischen Krankheiten: a) Statistik: in Dorpat — Dr. Põdder, in Reval — Dr. Rütmann, im Gesamtstaate — Dr. Spindler; Therapie — Ref. Prof. Paldrock.

11) Es wird vorgeschlagen folgendes Projekt einer Meldekarte für venerisch Erkrankte:

Suguhaiguste teatamine.

Lues — ulcus durum, stad. secund. (recens, recidiva), stad. tert. (lateus, maligna), hereditaria, tabes dorsalis, paralysis progressiva. Lues cerebrospinalis. Ulcus molle. Gonorrhoea (acut. chron.).

Sündimise aeg: kuupäev (uue kalendri järele) aasta .... Sündimise koht .... Sugu: naesterahvas, meesterah. Haiguse algallikas: linn ...., alev ...., maakond ...., väljamaa .... Kus kohal: avalik maja, hotell, vaheltsobitaja juures, meesterahva juures, naesterahva juures. Maksuta; maksu eest. Kauaaegne tuttav ehk juhusline, kus ja kunas tutvaks saanud. Haigus saadud oma mehelt, oma naeselt, armukeselt. Kas haiguse edasiandja on abielus, lesk ehk vallaline. Kodakondsus: Eesti, väljamaalane (kust?). Sugulisel, mitte sugulisel teel (missuguse keha osa küljes) saadud haigus. Kaine, nokastanud või purjus olekus? Elukutse: haigusesaaja oma .... haiguseedasiandja oma .... Haige vanus .... Kui kaua haige .... Kes ravitsemisel olnud; arst, ambulatoor., haigemaja .... Kui kaua ravitsetud .... Kas on ennem suguhaigusi põdenud ja missuguseid. Millal vastavasse kohta elama asunud .... Tähendused ....

192 .... Arst ....

Meldekarte für venerische Krankheiten.

Luës — ulcus durum, stad. secund. (recens, recidiva), stad. tert. (lateus, maligna), hereditaria, tabes dorsalis, paralysis progressiva. Luës cerebrospinalis. Ulcus molle. Gonorrhoea (acuta, chron.).

Geburtsdatum: Monat, Tag (nach dem neuen Kalender), Jahr. Geburtsort .... Geschlecht: weibl., männlich. Erkrankungsquelle: Stadt ...., Flecken ...., Landkreis ...., Ausland .... Bordell, Hotel, Kuppler(-in), bei e. männlichen, weiblichen Person, unentgeltlich, für Zahlung. Nähere Bekanntschaft, zufällige B., wo und wann bekannt geworden, vom eigenen Gemahl, eigener Gemahlin aequiriert, vom Liebhaber(erin). Ist der (die) die Krankheit Übertragende verheiratet, verwitwet oder unverheiratet? Staatsangehörigkeit: estnische, ausländische (welche?). Auf geschlechtlichem, ungeschlechtl. Wege (welcher Körperteil?) übertragen? Im nüchternen, angeheiterten, betrunkenen Zustande die Krankheit aquiriert? Beruf des (der) Erkrankten .... des (der) Krankheitsüberträgers(in) .... Alter des Erkrankten. Wie lange krank? Wo vorbehandelt: Privatarzt, Ambulatorium, Krankenhaus .... Wie lange vorbehandelt .... Früher geschlechtskrank gewesen, an welcher Krankheit .... Seit wann am jetzigen Wohnorte sesshaft. Anmerkangen ....

192 .... Dr. ....

Lisa A_1 Eesti Arstide Kongressi ettekannetele.

61) Dr. med. J. Luiga-Tallinn: **Psühopatoloogilised ilmed Suur-Pranglisaare elanikkudes.** Esialgne teadaanne. (Les traites psychopathologiques chez les habitants de l'île Prangli). Cf. „Eesti Arst" № 8/9 a. c. lhk. 359.

Teatava maaosa rahvastiku psühopatoloogilise indikaatori kindlakstegemise suhtes selle rahvastiku degeneratsiooni kui regeneratsiooni kalduvuste äramääramiseks isiklikul uurimisel, valisin S. Pranglisaare, Tallinna lähedal, kus olud ühtlased, ülevaatlikud, elanikkude kombed ning eluviisid vähe muutlikud ning vähe eranevad. Haiguste liikumise, eriti vaimuhaiguse pärivuse tegurid arvasin kõige paremine hinnata võivat teatava aja järele juurdlust korrates. Psühopatoloogilise indikaatori otsimisel ei saa piirduda vaimuhaigete tavalise lugemisega, vaid peab süvenema rahvastiku sotsiaalsesse raassipsüholoogilisse ja bioloogilisse andmestikku, neid uurides üksikasjaliselt.

Aastal 1912 uurisin saare elanikka esimest korda: Suur-Pranglisaar on 6,5 ruutwersta suur (Aksi saar ühes arvatud), Rammusaar 1,0 ruutverst: need kolm saart moodustavad Prangli valla.

A. 1710 jäi saar elanikkest tühjaks. Saare elanikud põgenesid suure Põhja-sõja ajal Soome ja Isalu randa. A. 1716 tulid mõningad jälle tagasi. Kirikuraamatu järele oli a. 1716 saarel 16 peret; 1717. a. võeti 23 hinge lauale. Elanikkude arv on sest saadik jõudsasti kasvanud, kusjuures sisserändamine nimelt viimastel aastakümnetel hoopis väikest osa mängib. A. 1910 oli Pranglis 493 hinge: 269 mees- ja 224 naishinge. A. 1912 oli elanikkude arv 549 hinge (neist 285 meeste ja 264 naistesoost), nii siis kasvanud kahe aasta jooksul 56 hinge võrra. Need asusid kokku 80 peres.

Rahvuse poolest on pranglilased — eestlased, peavad end eestlasteks, kuid nimede järele otsustades on nad ennem olnud rootslased: Plomquist, Grönlund, Linnholm etc. Päris Eesti nime leidub õige harva. Vere poolest on pranglilased segatõug, tublisti eestistatud abielu kaudu Eesti rannaelanikkega. Nad elavad kalapüügist. Põlluharimist mandri mõttes ei ole, küll aga on aiamaid. Suurem osa toiduaineist ostetakse Tallinnast, kuhu sõidetakse pea igapäev kalapaatega. Pranglilaste elumajad on mandre omadega võrreldes hästi puhtamad. Eluruumid tuletavad meele linna alevit: põrandad värvitud, seinad tapeetidega kaetud, voodid päeval paljudel kaetud iluvaipega. Riietes on

mõjumas Tallinna moed: pühapäevastel suvepidudel on nais- ja meessugu poetud nagu tallinnlased: teatava edevusega.

Järgnev tabel toob ülevaate minu poolt 1912—1921 a. kindlakstehtud psühopaatide üle Pranglisaarel:

		Millal haigena leitud		Surnud kuni 1921
A.	Marie Pl. 47 a. v.	1912	Degeneratio (Imbec.?)	
B. a	Mathilde Pl. 20 a. v.	„	Dementia cong.	
C. a	Oskar Pl. 25 a. v.	„	Dementia praec.	† 1913 tbc.
D. a	Aleksander Pl. 13 a. v.	„	Dement. cong.	† 1919 tbc.
E. a	Oskar Cl. 41 a. v.	„	Dement. sec.	†
F. a	Aleksander Cl. 19 a. v.	„	Heboid	† (tbc.?)
G. a	August Ls. 36 a v.	„	Degeneratio	
H. i	Anna Tr. 40 a. v.	„	Dementia cong.	
I. h	Rosalie Tr. 38 a. v.	„	Kurttumm sünd.	
K. i	Leena Tr. 39 a. v.	„	Kurttumm sünd.	
L. i	Marie Srg. 35 a. v.	„	Kurttumm sünd.	
M. a	Liisa Mm. 19 a. v.	„	Degeneratio (?)	
N. m	Oskar Mm. 17 a. v.	„	Degener. (Dem. praec.?)	
O.	Emil Wp. 15 a. v.	„	Kurttumm sünd.	
P.	Leopold Wp. 14 a. v.	„	Dementia cong.	
R. m, h	Elisab. Wp. 40 a, v.	„	Dem. secund.	
S. r	Woldemar Wp. 17 a. v.	1921	Degeneratio (Imbec.)	
T. r. s	Ida Wp. 14 a, v.	„	Imbecillitas	
U. li	Albinus Srg. 10 a. v.	„	Kurttumm sünd.	
Z.	Artur Pl. 7 a. v.	„	Dementia cong.	
V.	Joh. Ps. 33 a. v.	„	Alcoholismus	
W.	Mart Prh. 70 a. v.	1913	Epilepsia (org.)	† 1917
X. n	Miina Lh. 70 a. v.	„	Paralysis agit. (Debilit. ment.)	†
Y. v[1])	Kalla Ps. 28 a. v.	„	Dem. praec.	†

Võrreldes andmeid a. 1912 ja 1921 lugemisest, selgub, et vaheaja vältel on surnud 7 psühopaati, juurde on tulnud 5. Surma põhjuseks on 3 juures tiisikus, üks on surnud sõjas (haigemajas), kaks on uppunud. Juurdetulnutest on 2 alla 10 aasta, s. t. sündinud pärast 1912 lugemist; kaks on vaimuhaige ema lapsed, kelles haigusilmed avaldama hakkanud 14—15 aastatel. Üks juurdetulija on alkohoolik. Nii siis on 5 juurdetulnust 4 saanud haiguse pärivuse teel, üks — alkohoolik — on haige välismõjuritel, kuigi pärivust tema juures täiesti ei saa eitada.

Siifilis ei mängi saarel vaimuhaiguse tekkimiseks mingit osa. Alkoholi mõju vaimuhaiguste avatlemises on võrdlemisi väike, kuigi saare meeselanikud

1) Y. v tähendab, et y tähega nimekirjas märgitud on sugulane (kaugelt või ligidalt) v'ga.

tubliste alkoholi tarvitavad. Saarel viibides võisin tähele panna nähtet, et alkoholi mõju avaldub paljude eriti haigusliselt koormatud perekonnaliigete juures sel teel, et ka väikse noosi alkoholi järele — jooja hingeliselt muutub „vaimuhaigeks", reageerib alkoholi pääle teravamalt kui normaal-inimene. Nähtet on saarlased ise konstateerinud. Alkohol avatleb sel puhul „varjatud vaimuhaiguse" „psychose larvée", mis kaob ühes alkoholi mõjuga. Alkohol on siin reagensiks, degenerandi koormatud katsekiviks. Nii, näiteks, muutub kurttummade muidu terve vend (28 aastane) alkoholi mõjul „paranoialiseks", tunneb end suure tähtsa mehena, kõikvõimjana, kuigi purjusolek mitte väga raske. Maniakaalne meeleolu on saare degenerant-purjutajate juures õige sagedane, millepärast verised kokkupõrked pidudel purjus pääga võrdlemisi tihti, muida rahuloomsete saarlaste juures. Ka selle nähte põhjuseks peavad saarlased „närvide korratust".

Kurttummade arv — pärivuse teel — on tõusnud 7-ni, kellest elavad kaks väljaspool Pranglisaart. Kurttummade rohkus on silmapaistev, mille juures, nagu tabelist näha, kurtummus „ristleb" vaimuhaigusega: nad tulevad kõrvuti ette haiguskoormatud perekondes.

Oma lugemisel märkisin üles neid, kellel lugemise ajal haigustunnised ilmsed, nagu ka neid, kes olnud haiged (haigemajas) degeneratiivse haigusloomuga. On arusaadav, et „psychosis periodica" käes põdeja ka siis on „psühopaat" [1]), kui temal ajutine vaheaeg haiguses. Nii, näit., M. a meie nimekirjas lugemise ajal 1921 terve, kuid ta on pärit raskelt koormatud perekonnast, on olnud paar kuud vaimuhaigete haigemajas. Kuigi ta esineb tervena, kuid ligemad tõendavad, et vahel menses'e ajal ta „imelik", ning affekte mõjul satub hoopis tasakaalust välja.

A. 1921 leidsin täiskasvanud psühopaate hulgas kolm täiesti töövõimetut, siiski üks nendest B. a, kuigi raskelt dement., on ajuti hää lapsehoidja. Korvis toanurgas lamab ilma mingisuguse vaimlise eluavalduseta H. i. Viimase 10 aasta kestes on töövõimetuks jäänud R. mh, väiksest saadik vaimuhaiguse ilmetega, mis perioodiliselt raskekujulised; on abiellu astunud ja 10 last sünnitanud; nende hulgas S. r ja T. r. s. Kurttummad on kõik töös, üks O kurttummade koolis õppinud ning kingsepp saarel.

Sektsioon II-b: Kliiniline meditsiin. Lhk. Pag.

J. Alksnis: Über Kriegsverletzungen des peripheren Nervensystems 359
M. Bresowski: Über fragliche Testier-fähigkeit bei Greisen . . . 446
H. Buch: Über Bronchialdrüsentuberkulose 370
A. Buck: Сомнамбулистическія состоянія 148
K. Dehio: Über Proteinkörpertherapie 438
Jankowski: Über totale Oesophagusplastik 246
Kaegler: Über Röntgentherapie 457
T. Kalima: Über den anatomischen Bau der Nearthrose 258
W. Krause: Über die chirurgische Behandlung des ulcus ventriculi 248
J. Kron: Über Halsrippen 444
Kropmann: Патологическія данныя к вопросу о развитіи нарывов спинного мозга 438
K. Lellep: Uuematest vaadetest homoseksualiteedi üle 142
F. Lepp: Difteria (2 pildiga tekstis) 457
B. Lindeberg: Trauma tähendus tuberkuloos-ajukestade põletiku arenemises 444
L. v. Lingen: Die Fortschritte der Gynäkologie und Geburtshilfe in den letzten 2 Decennien 131
J. Luiga: Psükopatoloogilised ilmed Prangli saarte elanikkudes 359. 533
E. Masing: Über akute gelbe Leberatrophie 129
J. Miländer: Ektoopilise raskejalgsuse sümptomatoloogia 382
V. Mintz: Erfahrungen über die Chirurgie der Hinterhauptsgruben 245
„ Zur Verhütung des Brustkrebses 255
C. Prima: Peritoneumi resorptsioonivõime üle 263
L. Puusepp (Pussep): Психическіе процессы с точки зрѣнія современной неврологіи 66
„ „ О пересадкѣ корешков спинного мозга при вялых параличах 438
A. Rosenfeld: Haemorrhagia occulta diagnostilisest tähendusest maopaise ja mao vähjatõbe juures 263
A. Tomingas: Sclerosis tuberosa juhtumine (2 pildiga tekstis) . . 447
W. Wadi: Krooniline selgroo anküloos 450
R. Wanach: Die chirurgische Behandlung des ulcus ventriculi . . 248
W. Zoege v. Manteuffel: Nasenplastische Operationen 245

Sektsioon III: Võitlus suguhaiguste vastu.

B. Grönroos: Über die Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Helsingfors 177
E. Kengsep: Gesetzesprojekt zum Kampfe gegen die Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten in Eesti 325
K. Lüüs: Suguhaiguste ravitsemise korraldus Eestis 313
A. Paldrock: Ülesanne, millega viivitada ei tohi 67
„ Kes laotab meil suguhaigusi laiali 192
„ Kas tuleks kõiki suguhaigeid nimeliselt ja sundusliselt registreerida? 306
„ Suguhaiguste profülaksis sõjaväes 311
P. Põdder: Prostitutsioon ja tema korraldamine Tartus 186
A. Rammul: Isiklised ja ühiskondlised suguhaiguste laialilagunemise põhjused 195
H. Rütmann: Prostitutsioon ja tema korraldamine Tallinnas . . . 188
„ Seadused ja määrused kuritööde ja eksimiste vastu sugulissel alal, prostitutsiooni korraldamiseks ja suguhaiguste vastu võitlemiseks 318
A. Sossi: Arstlised tunnistused abiellu astumise puhul 308
A. Spindler: Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten in Estland 181
E. Terrepson: Die Möglichkeiten der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 324
J. Vilms: Suguhaiguste ühiskondlised ja majanduslised põhjused . 193
Resolutsioonid suguhaiguste vastu võitlemise alalt 502

K. Mattiesen'i trükk, Tartus.