

№ 2.

Sõjawäe arstide teadusliste koosolekute

Protokollid.



№ 2.

Sõjawäe arstide teadusliste koosolekute

Protokollid.



Eesti Wabadussõjas on langenud ja surnud oma ametikohuste täitmisel järgmised ametiwennad:

Dr. REINIK — wangilangenud ja mahalastud enamlaste poolt Rakweres.

Dr. BECK — wõitluses saadud haawadesse surnud.

Asearst ENNOK — granaadi läbi haawamise tagajärjel surnud.

Dr. LAIPMANN — plekilisse soojatõppe surnud.

Dr. TREUMANN " " "

Dr. KORDES " " "

Dr. LEIHERG " " "

Dr. HANSEN " " "

Asearst KASPER " " "

" AINSON, Anna " " "

Dr. KAHN — äraupunud.

Peale selle on plekilisse soojatõppe surnud järgmised Põhja armee ja Wene Punase Risti arstid:

ANDSELEWITSCH
BERG
BRAND
BRANDENBURG
WULFIUS
HUGO
DUBROWIN
SEMLJANITZKY
IWANOW, S.
LATONIN
LIPKIN
MUMAN
POSEN

POSCHARISKY
RINKE
ROSENBLUM
STEPANOW, W.
STOLBUSCHINSKY
TICHOMIROW, J.
TICHOMIROW
FRANK
CHITRIN
SCHELOUMOFF
SCHEREMETJEFF
JAKOWLEFF

Neid mälestawad
EESTI SÕJAWÄE ARSTID.

B 80.

Mõned tähelepanemisväärt peaju wigastused.

W. Prima.

Riiwate (v. tacta) peawigastuste rawitsemise küsimuses on üleüldiselt operatiivse rawitsemise kasuks seisukoht wõetud, kuna aga segmentaalsete ja pimedate (v. caeca) wigastuste rawitsemise küsimus enam-wähem lahtine on. Aga siiski wõib ses asjas tendentsi konserwatiivse rawitsemise poole tähele panna; konserwatiivne rawitsemine annab segmentaalsete ja pimedate ajuhaawamiste juures wõrdlemisi häid tagajärgi.

Kõne alla tulewad siin peajasjalikult laiapinnalised segmentaal ning pimedad ajuhaawad, mis suurekalübriliste tuleriistadega (granati, suurtüki kuuli j. n. e. killud) on tehtud. Nii-sugused wigastused sisaldawad eneses, peale haawa, ka weel ajupõrutuse ning pigistuse (commotio et compressio cerebri) momentisid, ja on sellepärast palju raskemad, kui harilik püssikuuli läbi saadud haaw. Sarnaste ajuwigastuste juures tulewad kõik eelpool nimetatud momentid arwele wõtta.

Ajupõrutus (commotio cerebri) seisab ühede (Albert) arwamise järele selles, et ajusse tõmbsoonte weri (s. venosa) suure rõhumise all kogub, ning siis kogu circulatio'ni ajus rikki-ajab. Seda oma arwamist tõendab Albert järgmise eksperimendiga; ta ligeeris kõik vena jugularise arud, mis mitte ajust ei tule, ja tegi siis manometri abil kindlaks, et põrutatud ajus tõmbsoone wererõhumine tõesti kõrgem on, kui wastawates normaal oludes. Samasugusele otsusele, nagu Albert, tulid ka Horstley ja Cramer.

Kocher arwab, et ajupõrutus (commotio cerebri) on molekulaar-muutuse tagajärg, mis trauma tõttu ajus esile tuleb. Tillmann seletab ajupõrutust aju walge ja halli olluse (substantia cerebri alba et grisea) mitteühesuguse atoomi raskuse põhjal, oletades, et inertsatoomiraskuse mitmekesiduse tõttu aju walges ja hallis olluses ühesugune ei ole, missugune asjaolu siis ajupõrutuse juures ka teatud sümptoomid esile kutsub.

Peale mehaaniliste momentide mängib ajupõrutuse juures teatud osa arwatawasti ka intoksikatsioon. Trauma iseenesest halwab ajurakukesi ning takistab selle läbi nendes ainete wahetust (assimilatio et dissimilatio), mis tagajärjel ajus toksinid tekkiwad; need toksinid on wäga kergesti lagunewad, wäga wolatiiil ning nähtawasti kenotoksiiniga ühte loomu (Kobert), ja aitawad wististi neid raskeid sümptoomisid esile tuua, mis ajupõrutusele iseloomulikud.

Compressio cerebri all mõistetakse ajuruumi kokkupigistust patholoogilisel teel, mis läbi pealuu mahutus (volumen) väheneb. Compressio juures on ka ikka harilikult commotio kaastegew, mispärast paljud sümptoomid ühised on.

Crashey arwamise järele on ajukude kokkupigistamata (incompressibilis), nii et mahutusruumi vähenemine ajuwedeliku (Liquor cerebrosppinalis) ning were wäljarõhumise arwel sünnib. Adamkiewicz, Sauerbruch j. t. aga näitawad, et ka ajukude ise paenduw (compressibilis) on, nii et ka aju oma mahutust — volumen muudab. Niihästi ajupõrutuse kui ka pigistuse juures tõuseb aju kõige esite rõhumine (peajasjalikult tõmbsoonte (venös) were arwel); Sellele järgneb rikutud tsirkulatsioon (dysdihaemorrhosis) ja siis lõpeks seisak (adihaemorrhosis), mis kõige raskemad sümptoomid esile kutsub.

Minul on juhus olnud ajuhaawamiste ja wigastuste alal 19 tähelepanekut teha. peajasjalikult laiapinnaliste segmentaalwigastuste üle. See materjal on muidugi liig wäike, et tema põhjal mõnd kategoorilist oletust teha, awab aga siiski mõned huwipakkuwad wäljawaated.

Nendest 19 haigest paranesid 12, surid 7 (=37%). Paranenutest on konserwatiiv ja secundär operatsiooni abil 11 isikut rawitsetud, kuna primäär operatsioon ühe kallal tehtud on.

Frank sai laialiste ajupurustuste juures 44% elamajäämisi, Andrews 59% ja Burdenko 74%. Bergmann on suurekalibriliste kuulihaawade juures hoopis teistsuguse, wähera, ellu-

jäänute protsendi saanud, kui püssikuulihaawade juures. Kudriaschof tähendab, et temal 2000 haawatu konserwatiivse rawitsemise juures 1% suremisi oli, ei anna aga kakjuks ajuhaawamiste arwu üles, waid nimetab enne, et elamajäänute seas mõned väga rasked ajuhaawad on olnud.

Eelpool nimetatud 19 haigest oli iseäranis huwitaw üks (S. G. 27 a. wana), kellel segmentaalwigastuse tagajärjel pahemal pool parietaal-piirkonnas (regio parietalis sinistra) ajukatte defect 5×3□ sm. suur oli. Sümptoomid: irritatio meningealis, aphasia, anopsia et anacusia partiales; pareses; continentia'ga wahelduw incontinentia urinae. Kuna põrutuse tagajärjel aju enesekaitsewõim minimumini alanenud oli, siis sai infektsiooni ärahoidmiseks ajuhaaw profülaktiliselt oleo jodi desinfitseeritud; sellejuuresei tõusnud aju ärritus (irritatio meningealis) sugugi, haaw aga hakkas wõrdlemisi ruttu ja heasti granuleerima. Seda mööda, kuidas haige paranes, wähenesid ka halwatused.

Teine raskem juhtumine, kus profülaktiliselt ol. jodi tarwitatud sai, oli pime aju haaw (langewa puu oksaga löödud) parem poolse hemisphaeri eelmise ja keskmise kolmandiku piiri peal. Selle wigastuse tagajärjel arenes Cyclothymia (psychosis maniaco-depressiva), ja nimelt maniakaal kujul.

Kuna kommotsiooni ja kompressiooniga komplitsieritud ajuwigastuste juures peaosa arwatawasti ikkagi rikutud tsirkulatsioon etendab, siis on tähtseda normaalses oludesse wõimalikult ruttu tagasi tuua. Mina nägin häid tagajärgi kuiwa ja mageda toidu tarwitamisest ja ühtlasi alumiste kehaosade (jalad, kõht) soojendamisest. Selle juures said haiged subcutan — kui tonicum — atropini s. 0,001—0,0025 prodoosi. Alkoholi järele (45°) läksid haiged rahutuks, nii et seda katset, ätma pidi.

Traumaatiliste ajuwigastuste juures arenewad rõhuwal enamusel n. n. traumaatilised psükoosid (psychoses traumaticae.) Harilikult on see kas pikem ehk lühem sonimine (delirium traumaticum acutum et protractum), epileptiidne waimuhaigus. (epilepsia Jacksonii), encephalopathia circumscripta ehk ka traumaatiline psychoneuros.

Niisugused puhastraumaatilised waimuhaigused arenesid wiie isiku juures kaheteistkümne seast, kuna aga nelja juures konstitutsionaalsed waimuhaigused arenesid, nendest

üks juhtumine paralysis progressivae (ilma aju haawamiseta, ainult commotio tagajärjel);
üks juhtumine cyclothymiae (psychosis maniacodepressiva, maniacal kujul) ja
kaks juhtumist dementiae praecocis.

Konstitutsionaalne waimuhaigus areneb trauma järele siis, kui selleks teatud eeltingimised, praedisposition, olemas on. Andrews wõis 14-est ajuwigastusest, kes elama jäid, 12 juures mitmesuguseid waimuhaigusi kindlaks teha; kahjuks ei nimeta ta mitte, kui palju nendest 12-est puhastraumaatilisi oli; igatahes annab ta väga kõrge (85) waimuhaigete protsendi. L. Meyer (Hamburgi klinikust) leidis 60 paralysis progressiwa juhtumise seast 11 (=18%) neid, kellel see haigus trauma järele arenenud oli. Need arwud lubaks ehk oletada, et minu poolt tähelepandud protsent (30%) päris wõimata ei ole, seda enam, et ta laialisema materjali juures kahtlemata wäiksem oleks. Teiselt poolt tahaks selle peale tähendada, et Sõjawäe Terwishoiu Walitsuse statistika järele Eesti sõjawäes haigete protsent 65 (!) on. See on jälle üks tõendus, et rahwas sügawalt haige on, ja wast wõiks ehk mitmed n. n. „sõjaaegsed“ wäärnähtused ja demoralisatsioon massilise psühoosi (insanitas moralis) abil seletada, sest „harjumine“ sisaldab eneses ka isiku lagunemist (degradatio personalis).

Dysenteria epideemia Eesti rahwawäes läinud 1919. a.

Dr. A. Liin.

Wäljamineks sellest waatepunktist, et dysenteria taudis ainult ühtlane kliiniline pilt seob, kuid iga epideemia pakkub iseäraldust oma pisielukate ilma poolest, sai I. Tallinna Sõjawäe Haigemajas ja selle juures asuwas laboratooriumis mitmekülgsest läbikatsutud see materjal, mis pakkus dysenteria taud Eesti rahwawäes 1919. aastal.

Taud algas üksikute eraldiste juhtumistega juba mai kuu lõppul. Esimesed juhtumised said diagnostseeritud kui werine koliit, pärast poole, umbes juuni keskkohal, olid juba juhtumised, kus dysenteria bakterioloogiliselt kindlaks oli tehtud. Waadeldes dysenteria murdjoont, paistab silma, et selle kulminatsioonipunkt augusti kuu peale langeb, septembri kuul hakkab dysenteria juba raugema, alaneb märksa oktoobris, nowembris tulewad weel mõned üksikud juhtumised ette. Wähem lõunapoolsetes Wenemaa osades (Kiew, Moskwa) oli harilikult dysenteria taudi kulminatsioonipunkt juuli kuus. See wahe tuleb, wististi sellest, et Eestis puuwili ainult augusti kuul kõige walmim on.

Möödamines pean puudutama küsimust dysenteria sünnitajate kohta uuema aja walgustusel. Nagu teada, wõiwad haigust tekitada batsillused ja amoebad. Mis batsillustesse puutub, siis prototüübina ja domineeriwal kohal seisab ainult Schiga-Kruuse batsill, mis ühtegi muudatust söewesinikus ei sünnita ja sellega kergest diagnostseeritaw on. Teiste batsilluste omaduste kohta walitseb teaduseilmas suur kaos. On olemas weel mitu dysenteria batsilluste tüüpi (Hiss-Russel ehk Y, Strongi, Flexneri), mis üksühest lahku lähewad nende keemiliste reaktsioonidega, mis nad söewesinikus sünnitawad. Et siin need omadused õige muutlikud on, siis on ka arusaadaw see siin walitsew kaos. Selgitan seda mõne näitusega. Hiss-Russeli batsilluste kultuur seistes wõib mõne aja pärast muutuda Schiga-Kruuse batsilliks. Teiseks on andmed olemas, et Schiga-Kruuse batsill wõib muutuda J batsilliks. Edasi ei ole mitte haruldased need nähtused, kus J tüüp wõib üle minna Strongi ja koguni Flexneri tüübiks. Wõtame weel arwesse nähtused taudi ajal. On tähele pantud, et taudi algusel on wäljaheites harilikult Schiga-Kruuse batsillid leida, taudi raugemisel aga Strongi, J, Flexneri tüübid Koguni ühe ja sellesama inimese juures on haiguse algusel Schiga-Kruuse ja pärastpoole, haiguse lõpul, Flexneri batsill leitud. Isegi agglutination, see liig tundelik bioloogiline reaktsioon, ei tee nende tüübid wahel suuremat wahet.

Nende nähtuste põhjal arwan mina, et meie wõiks julgesti ütelda, et meil on üksainus dysenteria batsilluste tüüp olemas. Mis puutub aga niisuguste wariatsioonidesse, siis wõib seda Darwini ewolutsiooni teooriaga seletada, mis oma kõigeparemat tõendust leiab batsillide, kui kõigealamal astmel seiswate elawate olewuste juures. Selle wastu wõiks wahest rääkida see fakt, et spetsiifiline seerum agglutinatsiooni juures mõnikord teeb siiski nende tüüpide wahel wahet. Minu arwates ei ole see siin mõõduandew. Niisuguse wähese wahe näeme meie ka naisterahwa ja meesterahwa were libledes agglutinatsiooni juures, ometi ei hakka meie tõendamata, et meesterahwas ja naisterahwas on mitmesugusel astmel seisjad imetajate esitajad.

Eesti rahwawäes olnud taudi ajal wõisin ainult Schiga-Kruuse batsillisi leida, küll katsusin teisi tüüpi leida.

Keerulisem näitab olema küsimus dysenteria amoebade üle. Seni walitses kindel arwamine, et amoeba hystolica on ainult troopika dysenteria sünnitaja, kuna meie maal ainult batsillid haiguse tekitajad on. 1916. aastal dysenteria taudi ajal Kreuzburgis wõisin tähele panna, et siiski 1—2% tuli juhtumisi ette, kus amoeba hystolica leida oli. Arwesse wõttes, et Kreuzburg ei ole mitte kaugel meist ja mitte troopika maal ja weel, et sõjaaegsete ja rahu-aegsete taudide wahel on wahe, miks siis eitada ka meil Eestis amoebaal dysenteriat. Ka mujal põhja maade osades tulewad, iseäranis sõjaajal, amoebaal wormid ette. Tunnistust sellest

annawad väljamaa statistilised kokkuwõtted. Inglis autorite järele on nemad amoebasi leidnud nende inimeste väljaheites kes kunagi Inglismaalt lahkunud ei olnud ja kellel kõigewähemat tegemist troopika maadega ei ole olnud. Saksa autorite järele on nemad Preisi sõjawäe osades dysenteria haigete juures amoebasi 13,1% leidnud. Ja amoebaal wormi dysenteria juures haigete veriagglutineerib Schiga-Kruuse ja Flexneri bacilliisi 30%.

Uuema aja andmete järele on veel juurde lisada, et kliiniliselt dysenteriat wõiwad ka Paratyphus B batsillid sünnitada, wähesel arwul ainult nemad rohkemal arwul ühes Schiga-Kruuse ja teiste tüüpidega.

Bakterioloogiliselt dysenteriat diagnostseerida on kerge esimestel päewadel pärast haigeks jäämist. Pärastpoole wõtab bac colicom, üliwõimu oma kätte. Sellel alal uut juurde lisada on ainult see, et head tagajärgesi sain Spengleri methode järgi, mis sputumi uurimise juures tarwitusel on. Dysenteria batsillid asuwad harilikult soolte seinas, kus coli batsillusi mitte leida ei ole. Wõib wõtta üks lima tükk, kõrwetada teda spirituse lambi peal ümber ära ja selle kekskohast siis külwamine teha. Mitmekordne lima tükki pesemine steril füsioloogilises sulatises on tõepoolest tüütaw.

Kaswatusabinõudest tähelepantawad uuemal ajal juurde lisada ei ole. Õige tihti kiidab kord üks, kord teine autor oma leidust, kui kõige paremat. Põhjalikumalt järelewaadates näed, et midagi uut ei leidu, needsamad söewesinikud ja indikaatorid (lakmus, phenolphtalein, Neutralrot), kuid ainult kontsentratsioon on teine. Harilikult tarwitusel on Endo, Conradi-Drigalski ja Padlewsky kaswatus abinõud, mille tarwitamine oleneb ära iga autori enese maitsest. Kõikide nende kaswatusabinõude peal tuleb dysenteria batsill typhuse batsillist eraldada. Harilikult on see omadus tarwitusel, et dysenteria batsill ei liigu, typhuse batsill liigub. Siin wõib õige tihti eksida, leidub typhuse batsillusi, mis üsna wähe liigub ja sellewastu leidub dysenteria batsillisi, millede molekulaar liikumine on nõndasama tugew, kui typhuse aktiivne liikumine. Ma leian, et praegu on veel lahtine küsimus, kas dysenteria batsillid liikuwad, wõi mitte. See oli kaua aega tülküsimus. Umbes 20 aastat tagasi tuli Saksamaal komisjon kokku R. Kochiga eesotsas, kes pidi kindla otsuse andma, kas on dysenteria batsillidel aktiivlist liikumist, wõi mitte. Komisjoni resolutsioon oli, et nendel on ainult molekulaar liikumine. Sellest otsusest peawad Saksa teadusemehed truuks kinni. Ma arwan, et ei maksa teaduse alal mitte ühekülgne olla. Kui dysenteria batsill niipalju wariatsioonisi sünnitab, miks ei wõi siis ka niisugune batsill ettetulla, mis aktiivselt liigub.

Kindla otsuse diagnoosis siisgi annab agglutineeriw seerum. Iga kord seda titri taga ajada mis müügil olewatel seerumitel peal, on minu arwates asjata. Need titrid on määratud laboratooriumi kultuuridega, see on mitmekümnendama kunstliselt kaswatatud batsilluse põlwega, kus batsill oma mürgilistest omadustest on juba palju kaotanud, kuna selle wastu meil taudi ajal ikka esimeste virulent põlwedega tegemist on. Mina diagnoosiseerisin dysenteria juba siis, kui spetsifiline seerum agglutineeris 1:10, ehk küll titr 1:1000 peale oli.

* * *

Mis puutub kliinilisesse pildisse, siis on esimene tähelepandaw omadus palawik. Dysenteerikude palawik on harilik weike, ikka 38° ja 39° ümber. Uuemad Saksa autorid otsustawad palawiku järele kas on meil tegemist tõsise dysenteriaga, wõi nõnda nimetatud pseudo-dysenteriaga. Nende järele hakkawat tõsine dysenteria aegamööda weikse palawikuga, kuna pseudo-dysenteria tormiliku algusega ja kõrge palawikuga esineb. Ma arwan, et batsill ja sellest olenew ülewal tähendatud jaotus ei wasta tõele. Tuntud on see fakt, et harilik kõhu tüüfuse batsill wõib rasket ja surmatoowat tüüfust ja nõndasama ka kergelt „typhus ambulatorium“ sünnitada. Kliiniline pilt oleneb ära infektsiooni raskusest ja mitte üksinda batsillist. Mis puutub komplikatsioonidesse, siis wõib neid õige mitmesuguseid ette tulla. Iseäranis silmatorkawad olid endocarditis ja rheumatismus. Õige tihti tuleb ka neeru põletik ette, kuid see kaob ruttu ära ja on üks neist kõige süütumatest siin, kus arsti hooletus karistamata jääb.

Iseäranis tähelepanemist enese peale tõmbas dysenteerikute surm. Ühed surid hariliku nõrkuse kätte, mis aeg ajalt progresseeris. Teised surid täies jõus, nõrkuse tundemärkisi ei olnud kõigewähem märgata. Haiged wõisid ainult 4—5 päewa haiged olla. Surm tuli häkitselt. Selle wiimase surma põhjused wõiks minu arwates järgmiselt seletada. Igal inimesel on weres nõnda nimetatud bakterioliysinid olemas. Pääseb nüüd terwele inimesele üks wõeras pisielukas weresse, kohe sulab ta bakterioliysinide mõjul ära. Ütleme, pääseb üks dysenteeria bacill tubli jõulise terwe inimese weresse, siis sulab ta kohe ära, selle juures pääseb lahti ja sattuwad weresse palju toksiinisi, mis batsilluse kehaga seotud olid (endotoxin).

Weres ei ole walmil kujul wastukihwti (antitoxin) olemas. See sünnib 7—10 päewa pärast, mis spetsiifiline iga ühe kohta on. Kujutame nüüd dysenteria haiguse käiku ette. Soolika seinte läbi pääseb palju batsillusi soolikates woolawasse lymphasse, kus nad juba surewad ja ära sulawad. Lahti pääsenud toksin walgub weresse. Et hea terwisega inimesel palju bakterioliysinisi on, siis saawad kohe nende mõjul määramata arw batsillisi ära sulatatud ja pääseb palju toksini weresse, mis muidugi enne surma toob, kui antitoxinid sünniwad. Nõrgajõulisel inimesel selle wastu on weres wähe bakterioliysinisi, bacillid surewad aega mööda ja selleks ajaks, kui toksiin on surmawa doosini tõusnud, on juba weres ka antitoxinid sünninud.

Arstimiseks on palju rohtusi soovitatud, kuid nende keskel ühtegi enam wähem specificumi ei leia. Harilikult iga üks hakkab arstimist peale drastica'tega. Ühed autorid soovitawad hakata peale calomeliga ja leiawad tema kõigeparema olewat, teised jälle ainult Ol. Ricini. Kumbadele neist nüüd eesõigust anda, selleks sai katsed tehtud, kus ühes palatis arstimist sai ainult calomeliga, teises ainult Ricinusega peale hakatud. Missugune nendest paremini mõjus, oli raske otsusele jõuda. Et neid mõlemaid ära kasutada, sai esiti calomeliga peale hakatud ja järgmise 24 tunni jooksul antuo Ricinus emulsiooni kujul, millele antiseptica juurde olid lisatud. Nende järele tulid adstringentia (opiata) Bismutum, Plumbum aceticum). Bismut andis head tagajärke, kui teda 7—8 gr. päewas sai sisse antud. Kiidetud ja laialt tarwitusel oli 1916. aastal Natr. sulfuricum, koguni kui specificum. Ma tegin katset Natr. sulf. arstida ühes palatis, kuid pean ütlema, et midagi spetsiifilist temas ei leidnud. Et werised väljaheited jäme soolikatesse jäädes wõiwad mädanema hakata ja sellega haiguse sümptomisi suurendada, siis on siin Natr. sulf. mõju arusaadaw, mida ka iga teine kõhu puustaja teeb.

Juba wanast oli mõnede autorite poolt kiidetud abinõu Ipecacuanha. See praeparat on küll tuttaw kui specificum amoebaal dysenteria arstimise juures, kuid mina sain temaga ka haid tagajärgi meie dysenteria arstimise juures. Seal kus teiste arstirohtudega midagi enam teha ei olnud ja nendest kõigewähemat kasu ei näinud, oli Ipecacuanha tarwitamisele wõtmise järele kohe paranemist märgata ja nimelt wõis tähelepanna, et veri väljaheites hakas kahanema. Tekkis nüüd küsimine, kas wahest Ipecacuanha ei ole specificum ka dysenteria batsillide wastu. Selleks said järgmised katsed tehtud. Sai wõetud Ipecacuanha intusum 1:100 ja sellest füsioloogilise sulatisega lahjendused tehtud kuni 1:50.000, siis nendest lahjendustest rippuwad tilgad tehtud ja igale tilgale üks platina aasa täis dysenteria batsillusi juurde lisatud. Peale 12 tunnilise seismise järele thermostatist oli näha, et kõikides ipecacuanha segudes nagu ka kontrollis olid batsillused elusad ja täiesti muutmata. Wõi mõjub ipecacuanha sellega, et takistab batsillide kaswamist ja nende arwu suurenemist soolikas. Selle katseks sai wõetud steril bouillion, sellele ülewal tähendatud quantumis ipecacuanha juurelisatud ja siis dysenteria batsillid sisse külwatud. 12 tunni järele olid dysenteria batsillid nagu kontrollis, s. t. puhtas bouillionis, nõnda ka ipecacuanha segudes ühtewiisi wäljakaswanud.

Nende katsete waral tulen mina otsusele, et otsekohest mõju dysenteria batsilluste peale ipecacuanhal ei ole. Kuid millega siis seletada tema mõju? Wõi seob ehk koguni häwitab tema dysenteria toksiini? On tuttaw see fakt, kui meie mere sigadele sissepritsime differiitise batsillisi, ühele ainult batsillisi, teisele lisaks veel antidiferiitise seerumi, siis sureb harilikult ikka esimene siga, kuna sellewastu teine siga ikka elusse jääb. Wahest täidab ipecacuanha siin seerumi asef. Selle katseks sai wõetud kaks ühesuurust walget rottu, ühele ainult 3 aasa täit dysenteria batsillusi, teisele sesama quantum bacillisi, kuid lisaks veel 1 cm³ infus. ipec. 1:100. Mõlemad rotid surid ühel ajal. Seesuguseid katseid sai mittu tehtud.

Et nüüd ipecacuanha ei otsekohest ei ka kaudselt dysenteria batsillide peale ei mõju, kuid siiski temast arstimise juures abi on, siis arwan mina, et meil wõib ka sega infektsioonid ette tulla, s. t. amoebaal ja batsillaarformid ühel ajal, ja nende juhtumiste juures mõjub ipecacuanha mürgina amoebade peale.

Üsna head tagajärjed sain ma polyvalent dysenteria seerumi tarwitamise juures (Dresdenist pärit). Harilikult olid tarwitusel monovalent seerumid, kuid endiste andmete järgi oli nendest wähe kasu. See on ka arusaadaw, kui meie meelde tuletame neid mitmeid dysenteria batsillide variatsioone. Wõis juhtumisi ette tulla, et sissepritsisime monovalent seerumi, mis ikka ainult Schiga-Kruuse tüpide wastu oli, kuna haigel Flexneri tüüp möllas. Muidugi tagajärjed olid null.

Sissepritsides polivalent seerumi Eesti taudi ajal oli märgata kohe muudatust haiguse käigus. T^o langeb, veri väljaheites wäheneb ehk kaob koguni ära, teised sümptoomid ka wähenewad.

See seerum sai laboratooriumis põhjalikult läbikatsutud. Seerum agglutineeris Schiga-Kruuse tüüpisi lahjenduses 1:200, teiste tüüpide juures ei võinud agglutinatsiooni enne märkata, kui lahjenduse 1:30 juures. Niisamasuguses (sõnalt sisaldas ta antitoxini; rotid, kellele sai Schiga-Kruuse tüüp ühes seerumiga sissepritsitud, jäid elama, teiste tüüpuste ja seerumi sissepritsimise järele olid rotid teataw aeg haiged ja mõned nendest koguni surid umbes 2 nädala pärast. Ma arwan, et see seerum ei wõi täiesti „polyvalent“ nime kanda, ja head tagajärjed sain arwatawasti selle tõttu, et meil Schiga-Kruuse tüüp möllas.

Wiimasel ajal on Saksamaal katsutud dysenteriat operatiivselt arstida. Operatsioon seisab selles, et processus vermiformis'e kaudu tehakse jämeda soolika loputus. Harilikult loputamiseks tarwitatakse steril physioloogilist sulatist ehk mõnda teist õige nõrka antisepticum'i, mis tilkade wiisi irrigaatorist proc. vermiformise sisse lastakse, ja mis jämedat soolikat pidi kuni rectum'ini jõuab. Niisuguseid katseid on weidi tehtud ja on siiski 40—50 % surma toonud, nõnda et praegu oleks wara nendest midagi üllatawat loota. Minu arwates ei wõi see operatsioon üleüldse head tagajärge anda. Dysenteria on acut haigus, enne kui siin operatsioon jõuab oma mõju awaldada, on juba surm jõudnud; kroonilistel juhtumistel wõib ta aidata. Teiseks, peab kõhu fistula kuude kaupa lahti olema, mis wõib anus praeternaturalist sünnitada; kergesti wõib ka siin peritonitis tulla.

Weel pean nimetama katsetest dysenteriat Metschnikowi metode järele arstida. Arstimise wiis seisab selles, et haigele tehakse klistiirid piima bakteriate emulsioonist (physioloogilises sulatises). Metschnikow tahtis nendega dysenteria batsillusi wäljatõrjuda. Ma arwan, et sellest wõib küll kõigewähem loota, ehk küll Wene autorid seda reklameeriwad. Ei õnnestanud Metschnikowil palju nõrgemaid coli batsillusi sell moel wälja tõrjuda, et elu pikendada, ei wõi muidugi juttu olla dysenteria batsilluste wäljatõrjumisest, kes soolika seintes asuwad. Wõib olla, et see aitab krooniliste „Bacillträgerite“ juhtumistel.

Hea abinõu on arstimise juures klistiirid, mida kuni 6 korda päewas tein. Neid wõib sooja weega teha, millele mitmesuguseid adstringentia juurde on lisatud (0,5 % toonin, 1‰ kal. hypermang.). Head tagajärge sellei alal andsid iseäranis hõbe präparadid (Arg. nitr., Protorgol, Collargol).

Lõpuks pean weel toonitama ja soowitama, et tulewikus iga kewadel ehk suwe algusel saaks sõjawäes vaktsinatsioon dysenteria wastu ette wõetud. Suwe keskkohal, millal harilikult lahti lööb, oleks nendel juba passiivne immunität olemas.

Saksa sõjawäes on need katsed häid tagajärge andnud. Nemad tarwitasid Boehneke Dysbakta vaccini, mida korraga 0,5—1—1,5cm³ sissepritsisid. Statistilised andmed on rahuloldawad.

Näituseks, Dr. Paetsch'i järgi 7,700 sõjawäeliste juures langes haigeksjääjate % 2,29 pealt 0,74 peale, Steuernageli järele 15,000 Türgi elaniku juures langes % 85 pealt 3—5 peale.

Mõned statistilised andmed haiguste ja weriste kaotuste üle Eesti sõjawäes.

Dr. Ernst Saaberg.

„Traumaatiline Epideemia“, nagu tabawalt Pirogow sõda nimetas, on juba aasta kestnud, sellepärast ei tohiks küll kellegile huwitusega olla andmed selle sõja häwitustöö kohta meie sõjawäes.

Püüan täna lühidalt esitada mõningaid statistilisi andmeid haiguste, haawatute ja üleüldse kaotuste kohta Eesti sõjawäes käesolewa sõja esimese pooleaasta kestwusel (1 det. 1918 a. kuni 1 juunini 1919 a.) Mõne ägeda külgehakkawa haiguse üle on võimalik terve esimese sõja aasta eest ülewaadet anda.

Kõik andmed on enamasti näitlikult üles tähendatud sõjalewate tabelide näol ja on kokku seatud nende poolekuu aruannete järele, mida Sõjawäe Terwishoiu Walitsusele saadawad kõik wäeosad, Sõjawäe haigemajad, E. P. Risti kui ka era- ja kogukondlised haigemajad, kus sõjawäelased rawitsemisel. Andmed haiguste üle on ainult haigemajade aruannete, kui rohkem täpise järele wõetud, sest haigemajade aruannetes on haigused juba selgunud, lõpuliku diagnoosiga ja nende rawitsemise tagajärjed üles tähendatud. Ülewaate saamiseks haawatute üleüldise arwu, haigemajas surnute ja teenistusest wabastute üle on niisamati ainult haigemajade aruandeid mõeldud andwaks peetud. Muud teated weriste kaotuste üle lahingutes on wõetud wäeosade aruannetest.

Kui arwesse wõtta neid olusid, milles me sõda algasime, siis on arusaadaw, et korralikku langenute, haawatute ja haigete registreerimist wäeosades, koha peal olla ei wõinud, kuid pärast on tagant järele siiski katsutud võimalikult tõele waatawaid teateid korjata. Wäeosas registreerimata jäänud haawatud ehk haiged ei tee weel statistikale palju halba, sest haigemajasse sattudes tulewad nad nii kui nii registreerimise alla. Palju halwem on aga lugu wäeosas registreerimata jäänud surmasaanutega—nad jääwad statistikast hoopis wälja. Õnneks aga ei olnud meil esimestel kuudel kuigi palju kaotusi surnutena ja need mõned üksikud registreerimata jäänud langenud keda ka tagant järele registreerida ei saadud, ei tohiks küll tuntawalt mõjuda ettetoodud statistilise materjaali wäärtuse peale. Jaanuaris ja järgmistel kuudel paistab lahinguwäljal kaotuste registratsioon wäeosades kaunis korralik olewat.

Poolekuu aruannete lehed, mille järele käesolewad andmed saadud, annawad ülewaate peajasjalikult haiguste gruppide kuid ka haawatute ja mõne haiguse kohta eriti. Sellega ühenduses ei sisalda ka kokkuseatud diagrammid mitte üksikasjalikult kõiki haigusi ja weriseid kaotusi, waid annawad üksnes ülewaate.

Statistikat kõige üksikasjaliste peensusustega on võimalik kokku seadida teatelehtede (indiwiduaal-kaartide) järele, missugune töö aga enne palju aega ja eeltöösi nõuab, kuni temaga esineda wõidakse.

Eesti-Wene sõja esimese pooleaasta jooksul on meie rahwawäes ajutiselt ehk jäädawalt wõitluse ehk teenistuse wõimetuks jäänud 16.331 inimest: 63,3 % sellest arwust on wäeosast rawitsusustesse ewakueeritud haigetena, kuna 36,7 % wäeosade weriseid kaotusi (wõitluses langenud, haawata saanud ja teadmata kadunud) wõitluses waenlasega kujutab (waata tabel 1 ratas 1).

Surma saanud (wõitluses langenud, haigustesse ja haawamise tagajärjel surnud) on selle aja jooksul 1200 inimest (waata tabel 1, ratas 2). Ilma sõjast osawõtnud üksikute suurriikide wastawate kaotuste uurimisel on leitud, et surmasaanute koguarwust on (Dr. Bodarti järele):

Wõitluses langenuid keskmiselt	70 %
Haawadesse surnuid	15—20 %
Haigustesse surnuid	6—15 %

Neid ilmasõjas surma saanute lükisid meieomadega võrreldes (vaata tabel 1) näeme et väga suuri lahkumiekuid ei ole. Wahe on selles, et meil haawadesse vähem ja haigustesse suurem protsent sureb, kui suurriikidel. Wähemat surewust haawadesse meil tuleb kahtlemata seletada sellega, et Wabaduse sõjas saadud haawad on wõrdlemisi kerged ja on kõik pea püssi ehk kuulipilduja tulega tekitatud, nimelt 87% kõigist haawamistest. On selgeks tehtud, et suurtükikuulide sünnitatud haawamised palju raskemad on ja sagedamini surmaga lõppewad, kui püssikuuli ja külmade sõjariistade haawamised. Uuema aja sõdades ja ilma-sõjas on aga vähemalt 50% kõigist haawamistest suurtükikuulide sünnitatud. Haawadesse surewuse protsent on meil 2,8, kuna seda ilmasõjas 7—10% suuruseks kõigist haawatutest peetakse.

Nagu ettetoodud andmetest näha, teeb meil surewus haigustesse 22% suurmasaanute koguarwust välja (vaata tabel 1). Wõrdluseks toome järgmise tabelli haigustesse surewuse kohta mitmesugustes sõdades (Dr. G. Bodarti järele):

Haigustesse surnute protsent surmasaanute koguarwust.

Krimmi sõjas 1854—1856. aastal	78 %
(Inglasi ja prantslasi)	
Saksa sõjas 1866	70 %
(Preislasi)	
Saksa-Prantsuse sõjas 1870—71	
Prantslasi	50 %
Sakslasi	30 %
Wene Jaapani sõjas 1904—05	25 %
Maailmasõjas	6—15 %

Nii siis oli XIX aastasaja sõdades kaotused haigustesse suremise läbi hoopis suuremad, kui werised kaotused surnutena. Arst oma otstarbekohaste ja aegsate terwishoidliste korraldustega välja astudes, on suutnud uuema aja sõdades sõjaaegseid taudisid wägedest eemale hoida, selle tõttu on ka haigustesse surewus uuemal ajal rõemustawal wiisil palju vähem. Nagu arwud näitawad, ei ole selles mõttes Eesti Wabaduse sõda mitte palju modernsõdadest maha jäänud, kuigi ta ilmasõjast osawõtnud suurriikidega wõistelda ei saa.

Käesolewa sõja esimese pooleaasta sees on aprilli teises pooles kõige werisemaid lahinguid olnud, kuna kõige vähem weriseid kaotusi oli mai teises pooles (vaata tabel 2). Poole aasta jooksul on haawata saanud 16,4% ja langenud 3% wõitlewate wägede keskmisest koosseisust, nii tuleb siis iga 100 haawatu peale 19 langenut.

Lahingutest osawõtnud wäeosade weriseid kaotusi võrreldes on protsendiliselt kõige suuremad kaotused wõitluses waenlasega Laiaroopalisel Soomusrongil № 3-al olnud, selle järele on Soomusrongil „Kapten Irw'el“, siis kõigi löödi—ja katse-pataljonidel jne. Kõige vähem kaotusi on suurtüki polkudel. „Kalewlaste Malewa“ tõmbab enese peale iseäralise tähelepanu oma väga suure langenute arwuga, mis 65% tema haawatutest välja teeb (vaata tabel 3).

Kui waatlema hakkame ejaldi ohwitserite ja rahwawäelaste weriseid kaotusi lahingutes, siis paistab silma väga suur ohwitseride kaotus rahwawäelaste omaga võrreldes.

Üleüldine ohwitseride kaotus wõitluses waenlasega (haawata, põrutada ehk surma saanud) läinud poolel aastal on umbes 36% ohwitseride keskmisest koosseisust, kuna rahwawäelaste kohta on see 19% rahwawäelaste keskmisest koosseisust.

Kui üksikute pooltekuude kaupa neid ohwitseride ja rahwawäelaste protsenta võrrelda, siis näeme, et esimestes kuudes on ohwitseride kaotuste protsent rahwawäelaste omast palju suurem ja nimelt 10 korda suurem, järgmistes kuudes ei ole kaotuste wahe mitte enam nii suur, kuid ohwitseride kaotuste protsent jääb ikkagi rahwawäelaste omast tuntawalt suuremaks. (Waata tabel 4)

Wõtame ohwitseride ja rahwawäelaste kaotuste wõrdarwud poole kuude kaupa:

Dets. 1-el poolel 1918 a. 1 kaot. ohw. peale 2 rhw.	märts 1-el poolel 1919 a. 1 kaot. ohw. peale 20 rhw.
„ 2-el „ „ 1 „ „ 5 „	„ 2-el „ „ 1 „ „ 17 „
jaan. 1-el „ 1919 a. 1 „ „ 4 „	aprill 1-el „ „ 1 „ „ 13 „
„ 2-el „ „ 1 „ „ 10 „	„ 2-el „ „ 1 „ „ 17 „
weebr. 1-el „ „ 1 „ „ 14 „	mai 1-el „ „ 1 „ „ 26 „
„ 2-el „ „ 1 „ „ 16 „	„ 2-el „ „ 1 „ „ 20 „

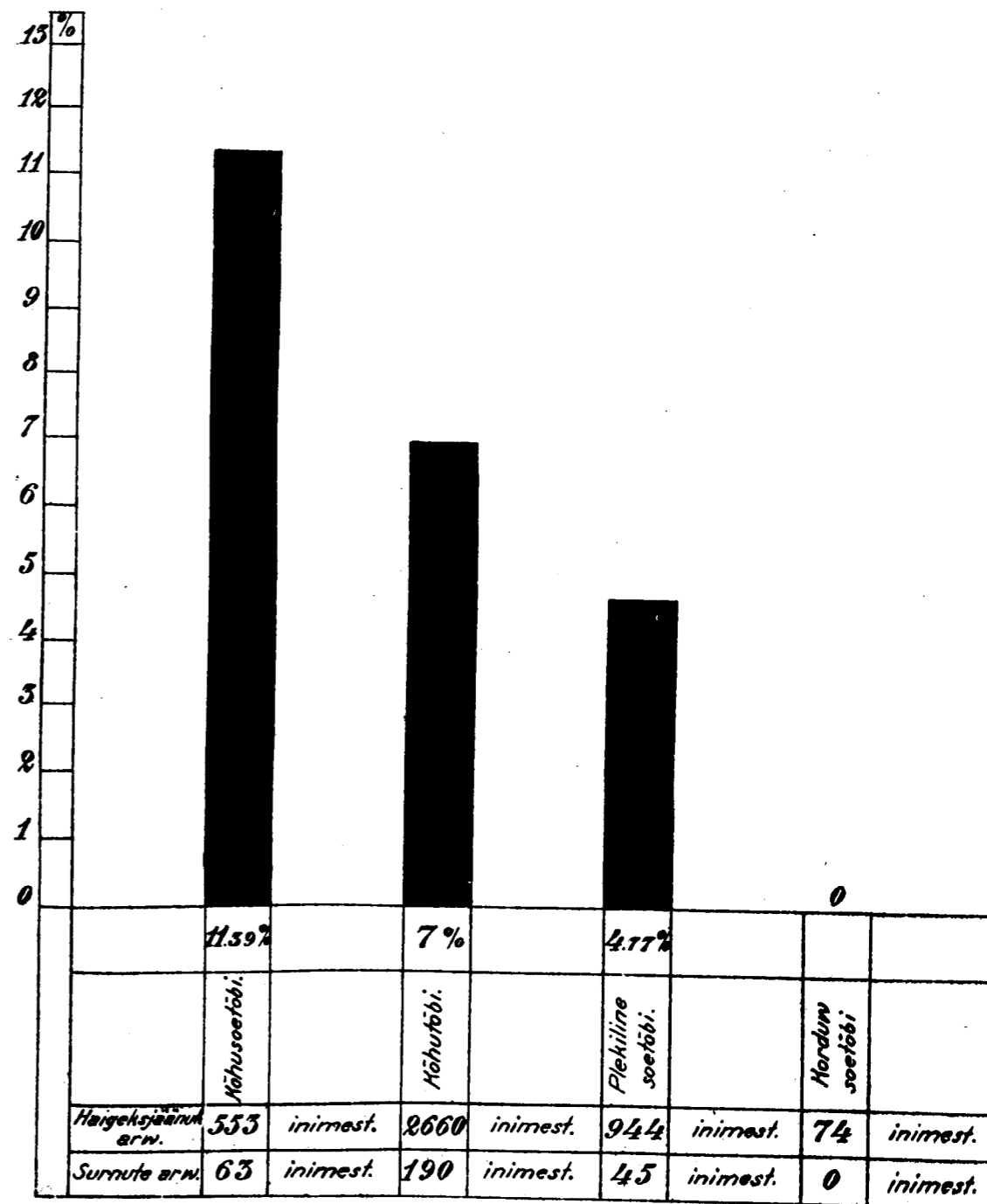
Keskmiselt kõige aja kohta on wõitluse rinnast lahkunud 1 ohwitseri kohta 14 rahwaw.

Nagu sõjaarwustikud näitawad, on kõigis sõdades ja kõigil sõdiwatel riikidel ohwitseri-korpuse kaotuste protsent alati suurem wastawate meeskondade kaotuste protsendist, kuigi see igas üksikus riigis ja mitmesugustel sõjawäljadel ühesugused ei ole. Briti sõjawäel on

Tabel № 9.

Surewus külgehakkawate haigustesse protsentides.

1st detsembrist 1918a. kuni 1st detsembrini 1919a.



ilmasõjas kõige suuremad ohwitserite kaotused olnud, isegi rohkem kui prantsuse sõjawäel, kellel ohwitserkonna weriste kaotuste kõrge protsent sõjapidamise traditsiooniks on saanud. Briti sõjawäe ohwitserkonna ja meeskonna kaotuste wahekord on üleüldiste kaotuste juures 10-ne wõitlusrinnast lahkunud ohwitseri 204 mehe kohta ehk umbes 1 ohwitser 20 mehe kohta.

Eesti sõjawäel on aga, nagu ettetoodud wõrdarwudest näha, märksa suuremad ohwitseride kaotused kui Briti omal, iseäranis esimestel kuudel. Niisugust wõrdlemisi suurt ohwitseride kaotust tuleb seledada kõige esiteks sellega, et meie ohwitser on oma wahwuse ja surmapõlgtusega eeskujuks olnud rahwawäelastele ja ohwitser on raskes Wabadussõjas, mis alguses kahtlemata kodusõja wärwi kandis, rängemad hoobid oma õlgadele wõtnud. Peale selle nõuab meie sõja wäljasõja wõitlusewiis ohwitserilt kahtlemata rohkem aktiivsust ja wõib olla ühes sellega ka rohkem ohwreid kui positsiooni sõja wõitlusewiis. Ei tohi ka mitte ära unustada, et meil esimestel sõjakuudel wõrdlemisi palju ohwitsera ja wähe rahwawäelasi oli (näit., soomusrongidel), mis ka nende kaotuste wõrdarwude peale mõjumata ei wõinud jääda.

Juurdelisatud tabel 5 kujutab haigete arwu haiguste gruppide ja üksikute haiguste järele. Kõige rohkem on pooleaasta jooksul ette tulnud influenza haigust (Waata tabel 5).

Mis puutub surewusesse üksikute haiguste kätte, siis on kõige kõrgem protsent rõugehaigete juures (22,2%), selle järele—kõhutõbi (18,9%), siis kopsupõletik (17,75%) jne. (Waata tabel 6).

Wäeteenistusest on wabastud arwu poolest kõige rohkem silmahaigustega (153 inim.), selle järele—kõrwahaigustega (108 inim.) siis—tiisikusehaigusega (47 inim.) jne. protsendi järele aga iga haigusesse haigeks jäänute arwust on kopsutiisikusega kõige rohkem wabastatud (32,8%), selle järele — silmahaigustega (25,0%), siis — waimuhaigustega (24,2%) jne. (Waata tabel 7).

Nelja ägeda külgehakkawa haiguse üle on andmed terve aasta kohta olemas (1 dets. 1918 a. kuni 1 dets. 1919 a.) nimelt, kõhutõwe, korduwa-, plekilise-, ja kõhu-soojatõwe kohta (Waata tabelid 8 ja 9).

Korduwat soojatõbe on sõjawäes ainult mõni üksik juhtumine ette tulnud, üleüldse terve aasta kohta 74 haigeksjäämist; surma juhtumisi ei ole. Juba rohkem on kõhusoojatõbe olnud (553 juhtumist), kuid mingisugust epideemilist tõusu selle aja sees ei olnud. Surewus — 11,39%.

Kõhutõbe on kuni juuli kuuni üksikud juhtumised registreeritud, juulis ja augustis on järsk epideemiline tõus, kus üle 600 sõduri poole kuu sees kõhutõppe haigeks jääb, siit peale hakkab haigeks jäänute arw pikkamööda jälle langema ja nowembri 2 pooles registreeritakse ainult 50 kõhutõbe juhtumist. Surewus — 7%.

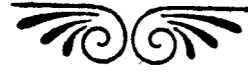
Mis puutub plekilise soojatõppe, siis registreeritakse esimest paar juhtumist sõjawangide seas jaanuari teises pooles, weebruaris tulewad juba mõned haigeks jäämised Eesti sõdurite seas ette, märtsis ja aprillis registreeritakse sõjawäes paar- kolmkümmend juhtumist, mais on kaunis järsk epideemiline tõus, juunis poole kuu sees tuleb umbes 180 haigeks jäämise juhtumist ette, järgmistes kuudes jääb plekisoetõbi wähemaks ja juba augusti lõpul kaob haigus peaaegu täiesti.

Nüüd vaatame, millega seda seletada tuleb et plekisoetõbi meil lahti peaseb just suwekuudel, kuna tema harilik hooaeg ju talwised ja esimesed kewadised kuud on.

Kui lähemalt waadelda selle epideemia laialilagunemise wiisi ja arwesse wõtta sõjalisi sündmusi frondil, siis tuleme warstigi otsusele, et haigus ei ole mitte tekkinud meie siseriigis, waid on wõersilt sisse kantud. Esiteks, soetõbi on sissetoodud sõjawangidega, ja epideemia puhkeb enne lahti sõjawangilaagrites kui Eesti Sõjawäes. Näit., „Rahumäe“ wangilaagris algab epideemia aprillis, mais jääb 200 sõjawangi haigeks; plekisoojatõppe jääwad mõlemad wangilaagri 2 arsti ja palju muud sanitaar-personaali. Teiseks, mai kuul langes meie wägede kätte Pihkwa ja Wolmari ja juuni algul wabastati enamlastest Põhja-Latwia, meie wäed tungisid kuni Kreutzburgini ja Jakobstadtini, see on: meie wäed wõtsiwad oma alla suure osa enamlastest wabanenud maapinda, kus sel ajal plekiline tüüfus suuresti möllamas oli. Mai kuus on Tartu haigemajades, mis lõuna wäerinnalt oma haigeid saab, juba 180 plekisoojatõwelist rawitsemisel (Narwa haigemajades — 14 ja Tallinnas — 27).

Wenemaalt saadud arstiteaduse kirjanduse järele (Доклады, читанные на собраниях по сыпному тифу, устроенных Народным Комиссариатом Здравоохранения 13 фев., 3-го и 6-го марта 1919 года и доклад А. Н. Сысина падения сыпного тифа в Республике 1918 — 1919 г.) on näha, et plekitüüfuse epideemia seal 1918 aasta sügisel kuudes lahti puhkes ja nowembri,

detsembri, jaanuari ja weebruari kuudes pandeemilise karakteri omandas haigete arvu kohutavalt suure tõusuga. Kuue kuu jooksul 1918—1919 aastal (nowember—aprill) on Nõukogude Wenemaal pool miljoni pleki-tüüfuse juhtumist olnud. Petrogradis, Botkini nimelises „barakide haigemajas“ on ühe aasta jooksul rohkem plekitüüfuse haigeid olnud kui viimase 35 aasta jooksul kokku. Surevus plekisoojatõppe on wenemaal keskmiselt 5%, meditsiin — personali surevus — 10—12%, arstide hulgas 15—22%.

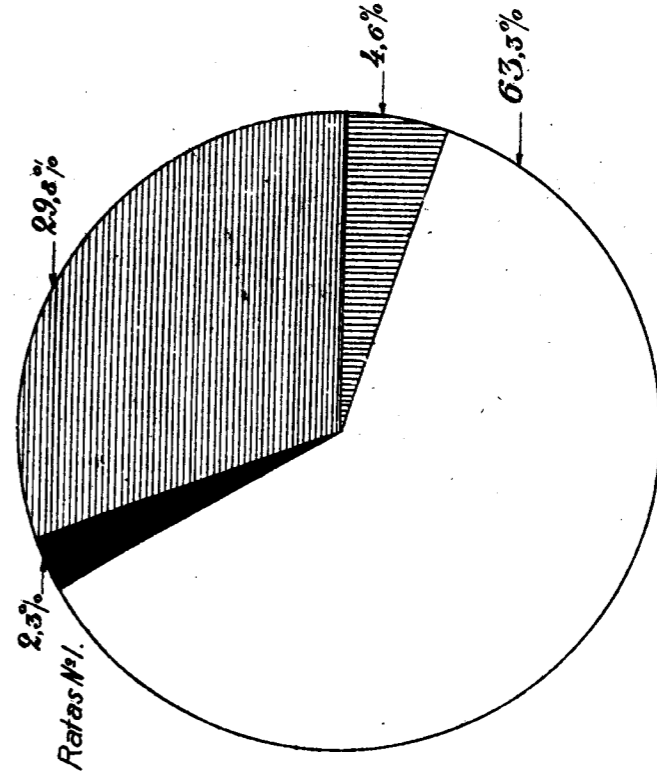


Tabel №1.

Poole aasta jooksul, 1 detsembrist 1918a. kuni 1 juunini 1919a.

Haotused sõjaväes:

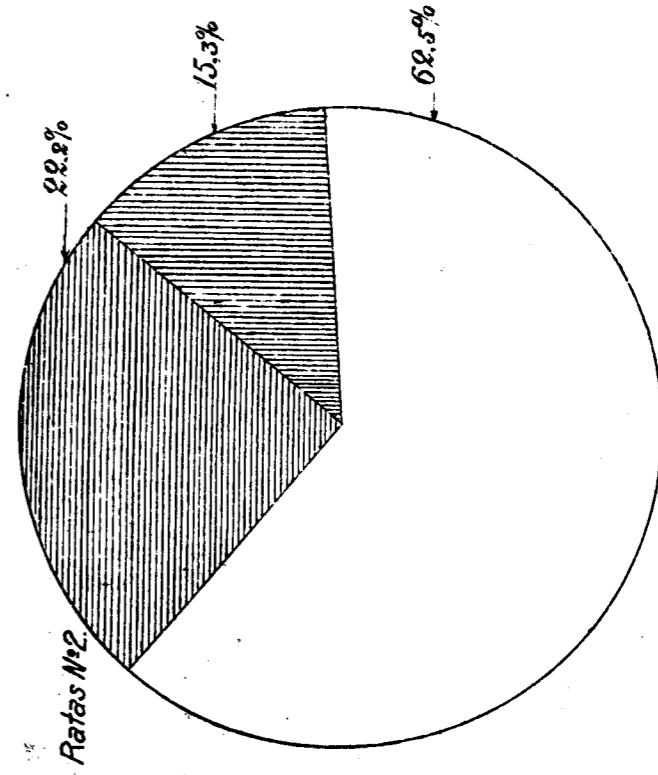
Protsent-haotuste kogusummast.



- Wõitluses langenuid 750 inimest.
 - Wõitluses haavata saanud 4883 inimest.
 - Haigeks jäänud 10326 inimest.
 - Teadmata kadunud 372 inimest.
- Kokku 16331 inimest.

Surma saanud:

Protsent-surmasaanute kogusummast.

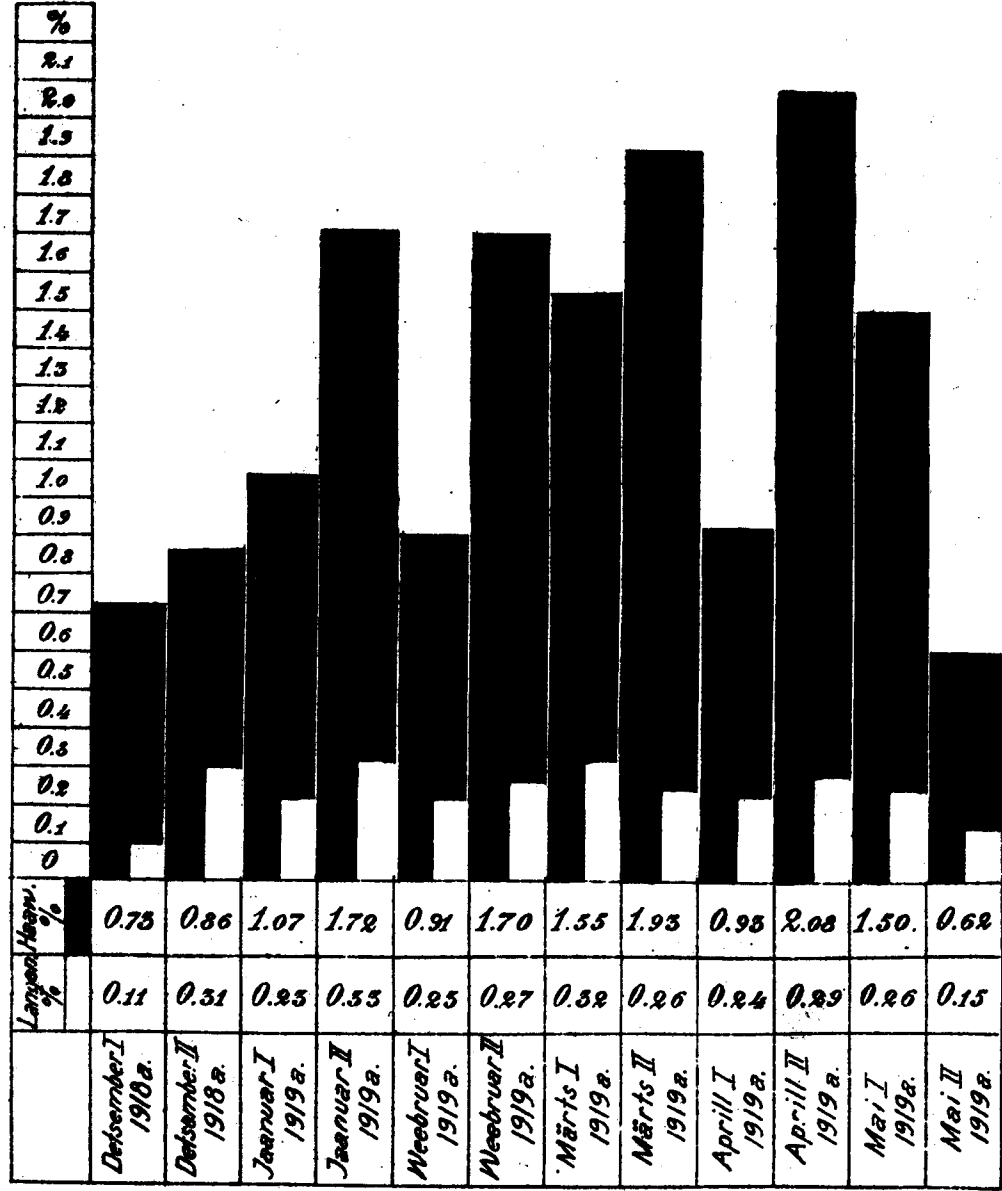


- Haigustesse surnud 266 inimest.
 - Haavamise tegajärjel surnud 184 inimest.
 - Wõitluses langenud 750 inimest.
- Kokku 1200 inimest.

Tabel № 2.

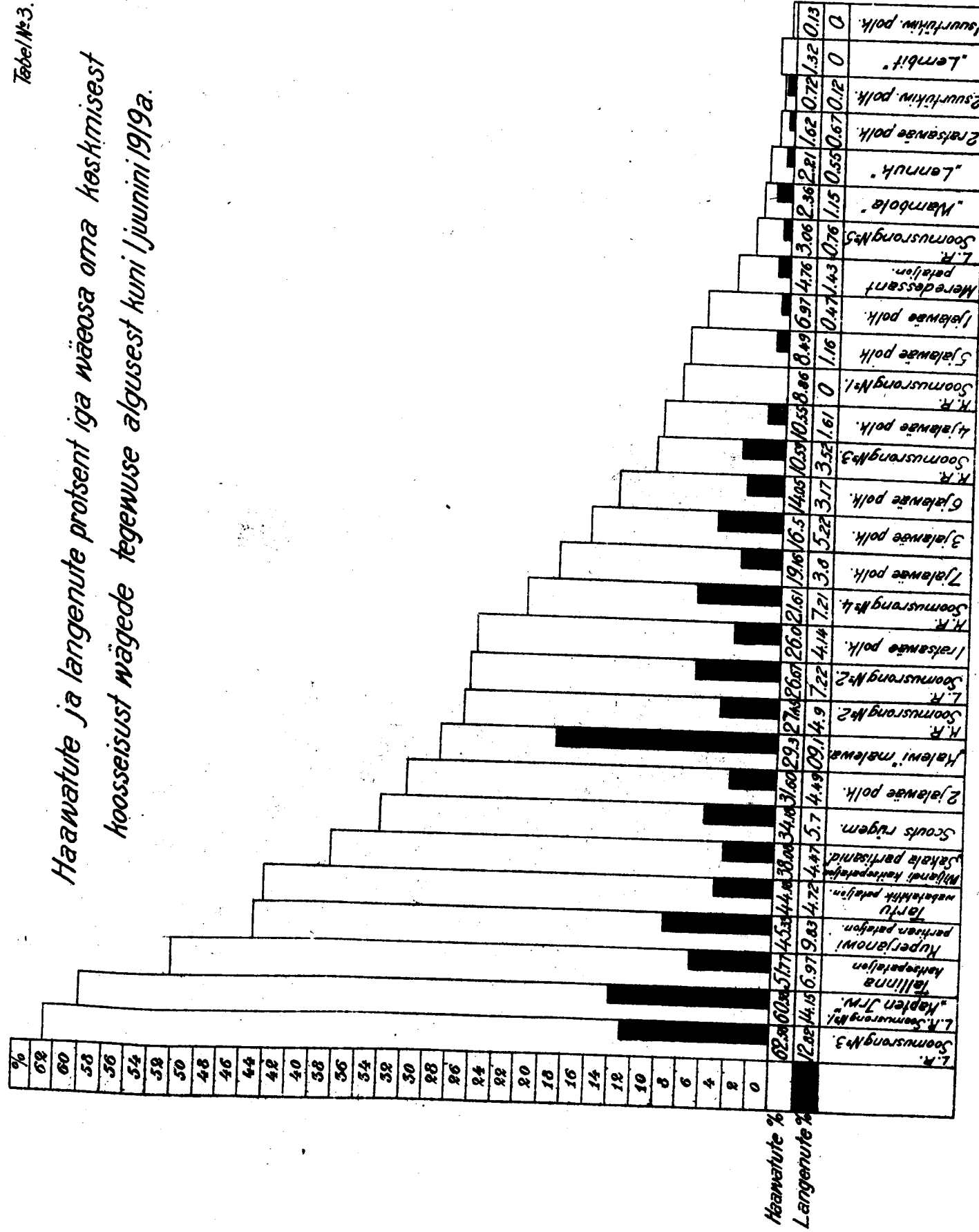
Haawatute ja langenute protsent.

Protsent - iga poolekuu vägede keskmisest koosseisust.



Tabel № 3.

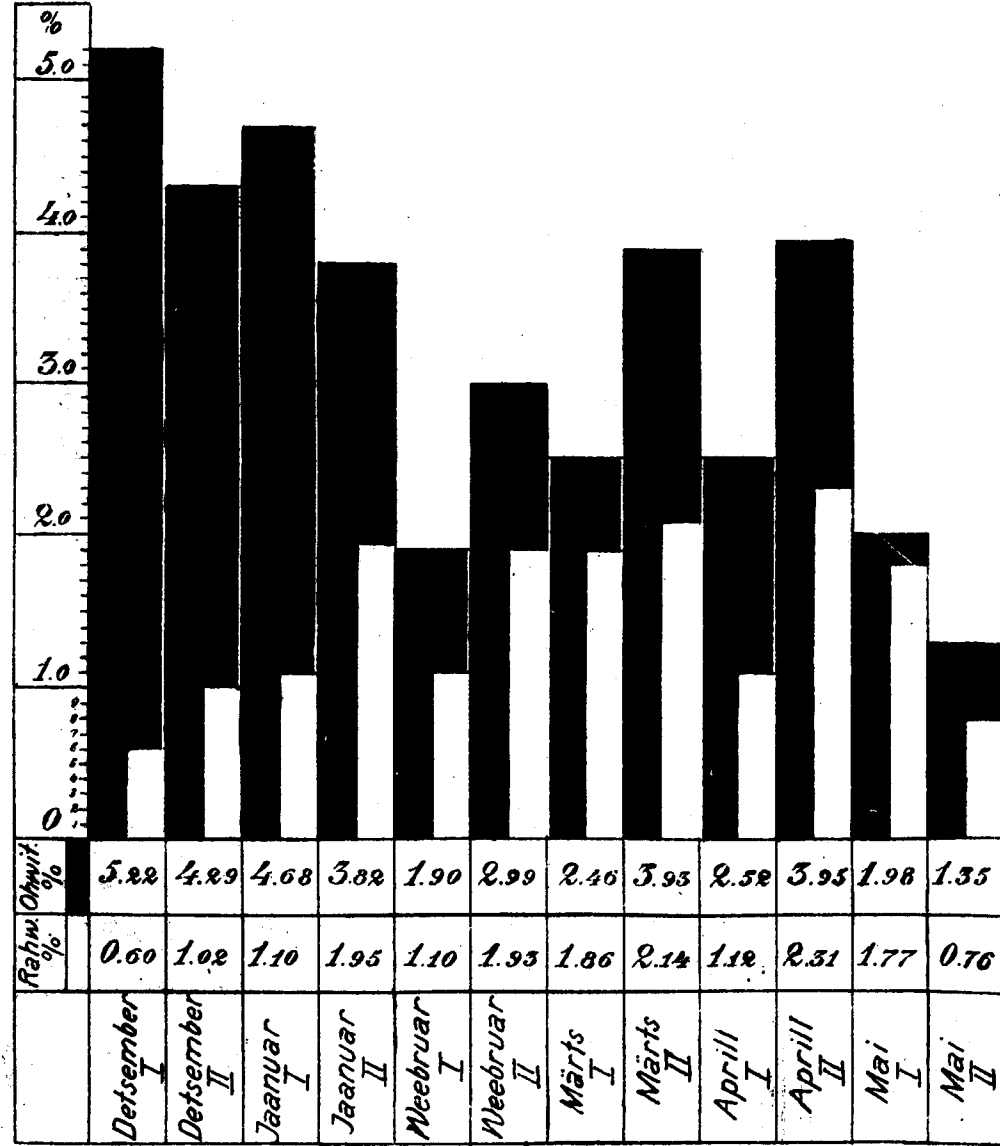
Haawatute ja langenute protsent iga väeosa oma keskmisest koosseisust vägede tegevuse algusest kuni juunini 1919 a.



Tabel № 4.

Ohwitseride ja rahwawäelaste kaotuste % wõitluses waenlastega.

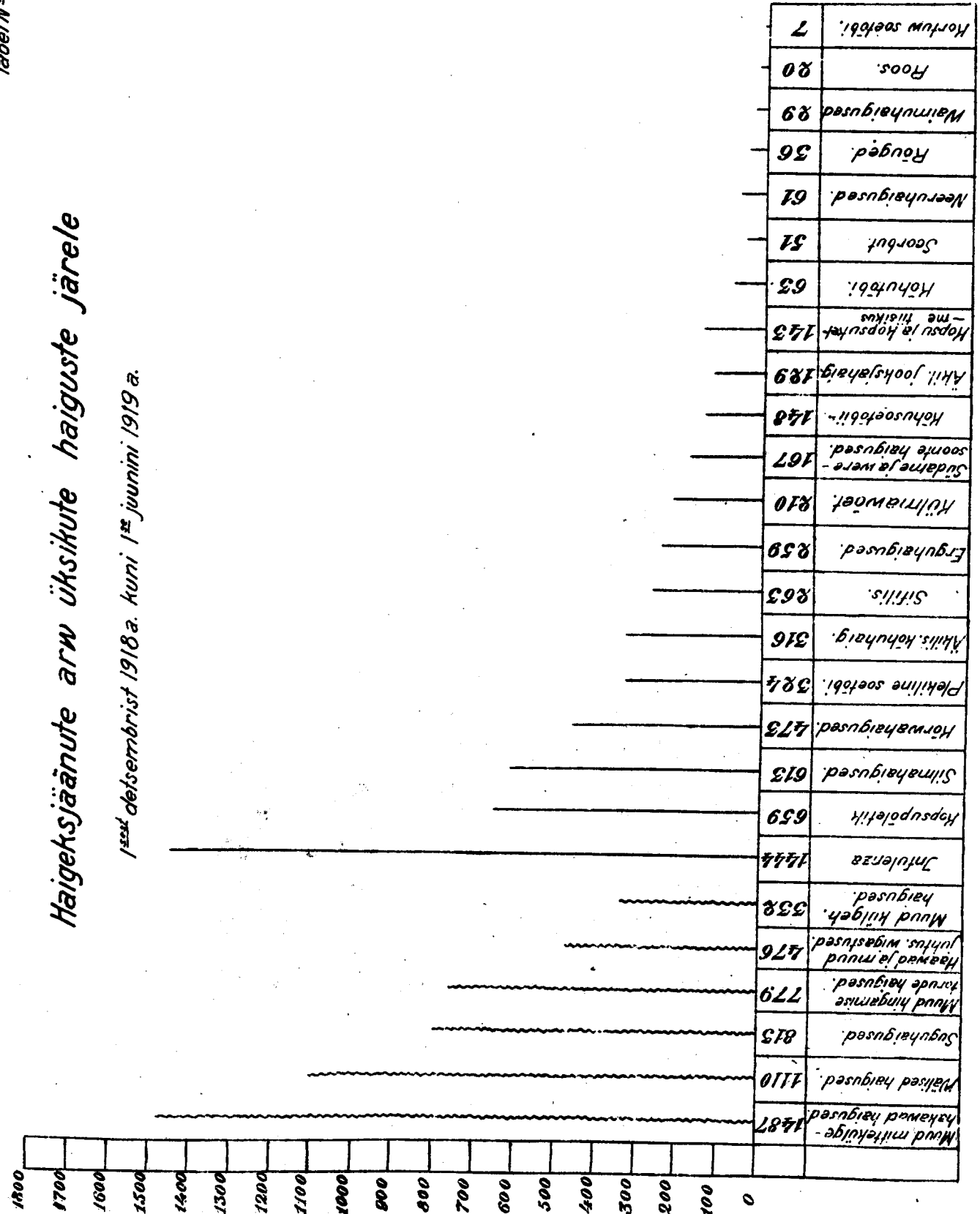
Ohwitseride %-iga poolekuu keskmisest ohwitseride koosseisust.
Rahwawäelaste %-iga poolekuu keskmisest rahwawäelaste koosseisust.



Tabel № 5.

Haigejäänute arv üksikute haiguste järele

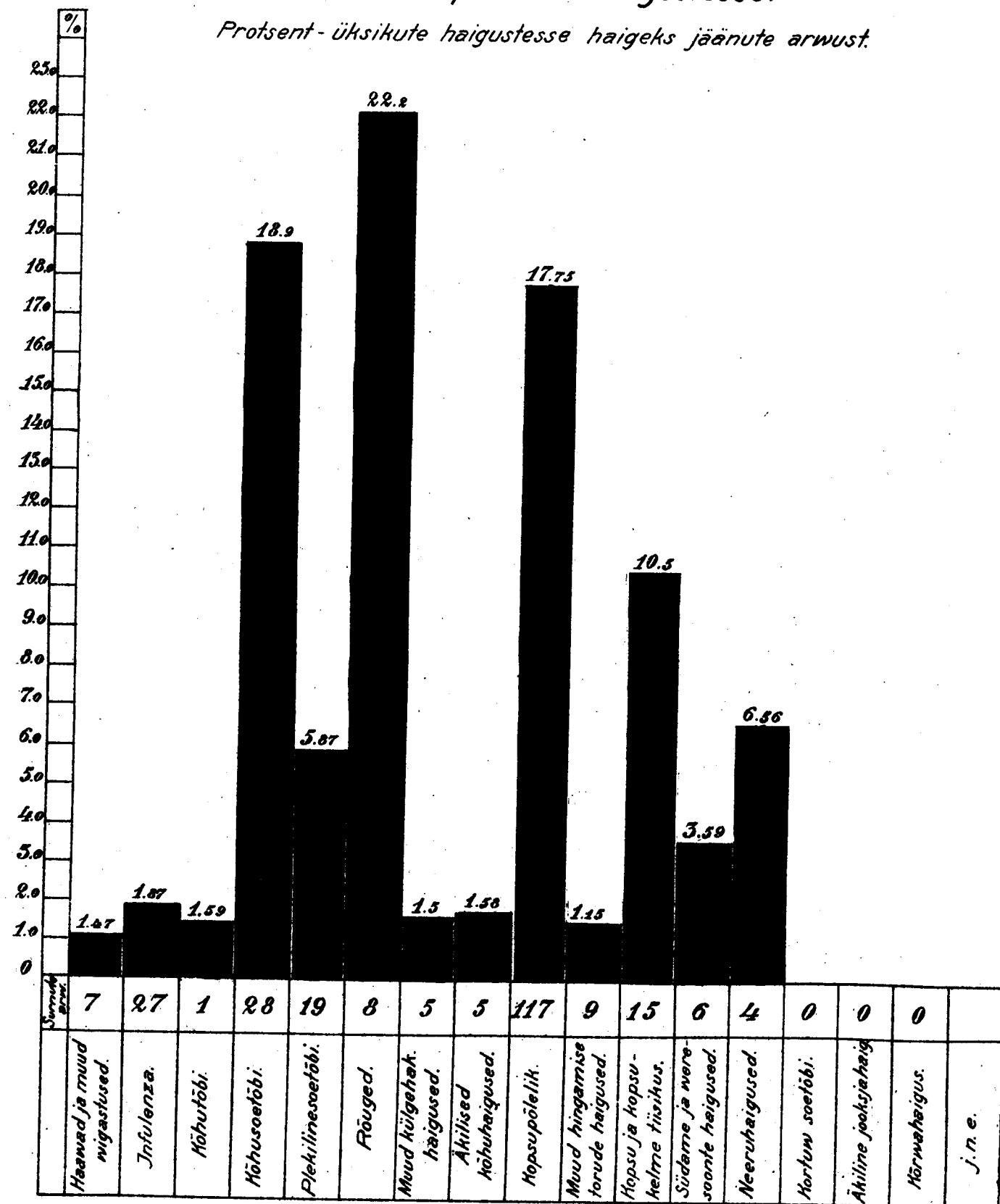
1918. aastal detsembrist 1918 a. kuni 1. juunini 1919 a.



Tabel N°6.

Surewuse protsent haigustesse.

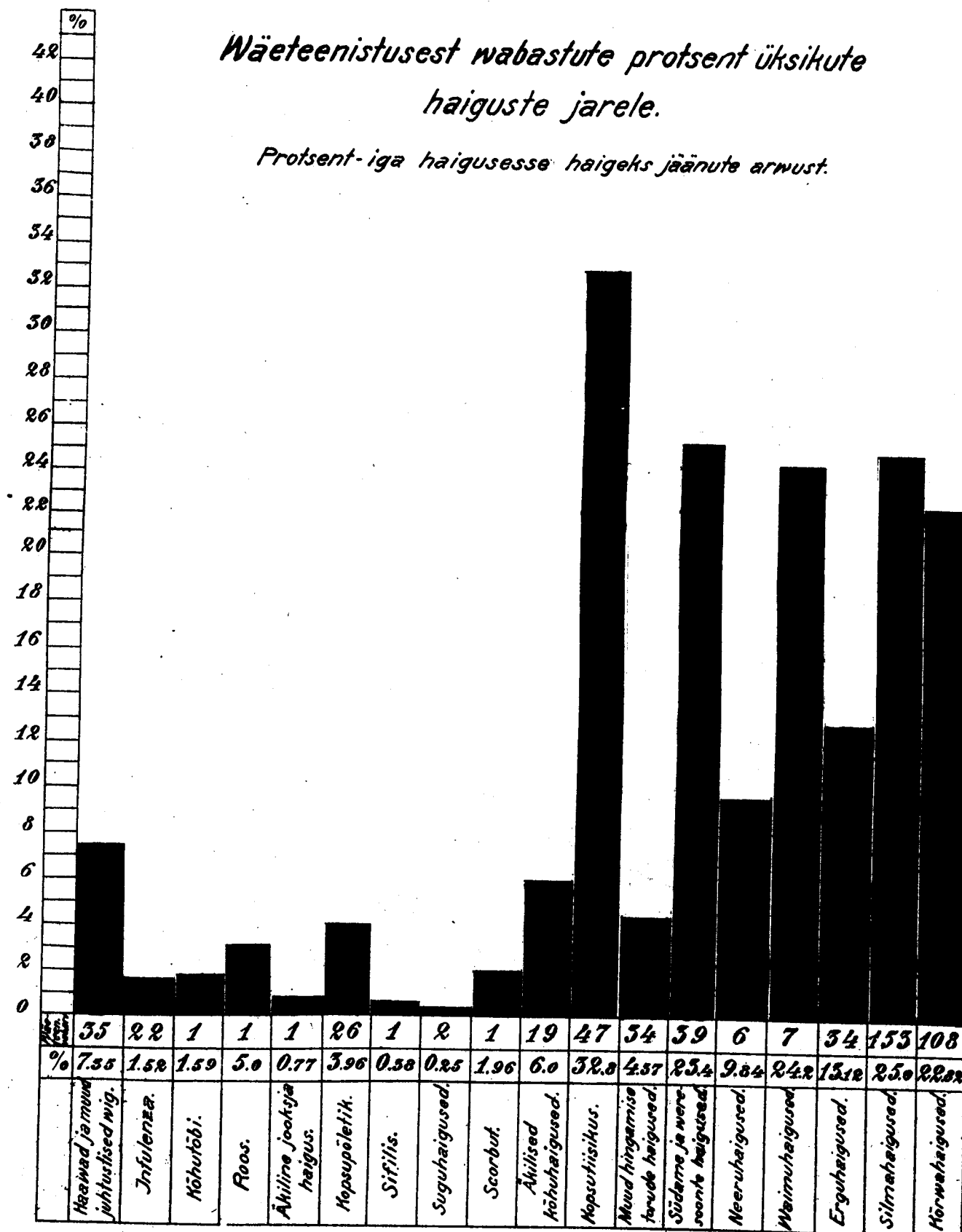
Protsent-üksikute haigustesse haigeks jäänute arvust.

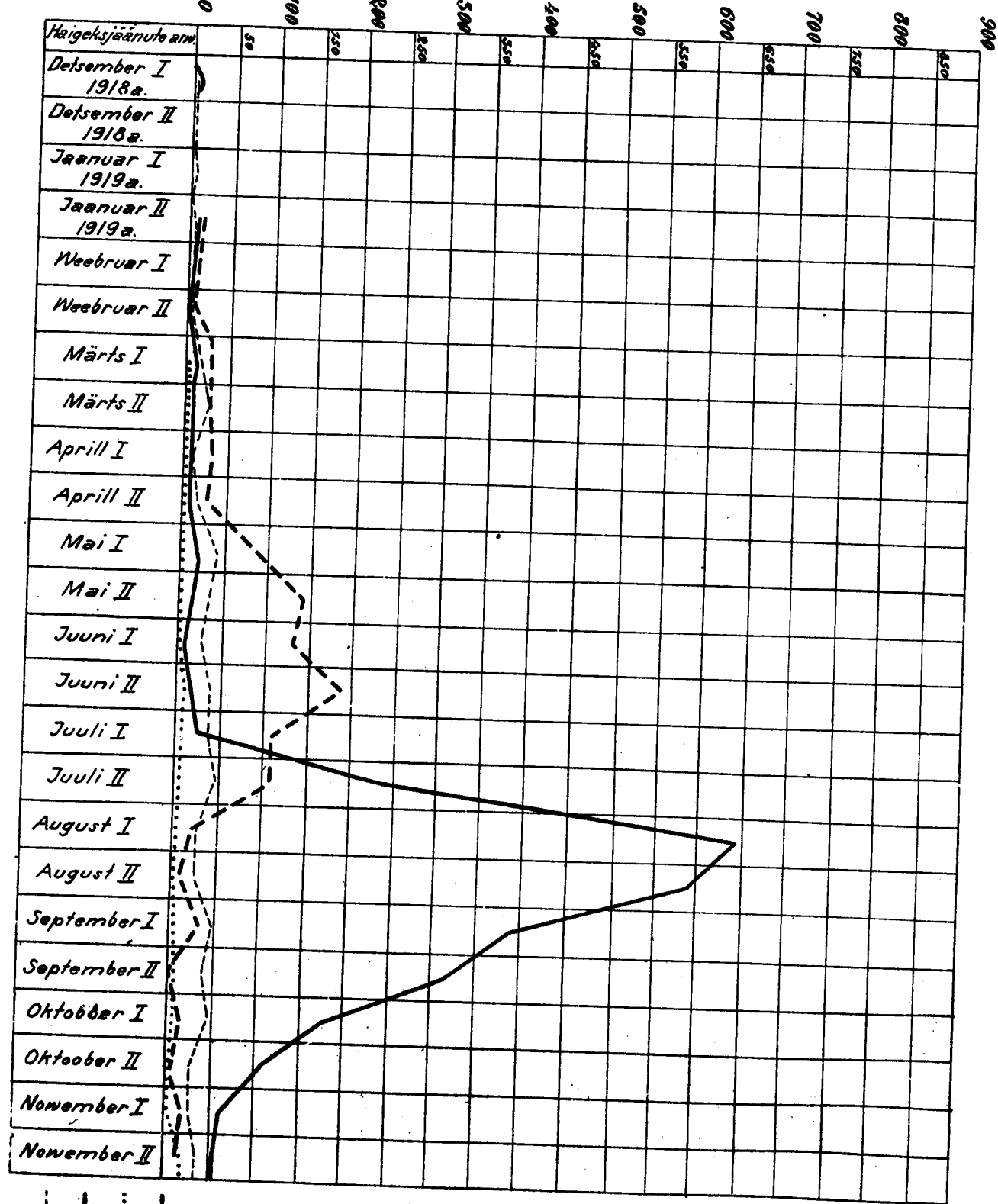


Tabel N°7.

Wäteenistusest wabastute protsent üksikute haiguste järele.

Protsent-iga haigusesse haigeks jäänute arvust.





Kõlgehaaknawate haiguste käik Eesti sõjajärges Ind sõjajärges

Tabel N^o 8.

„Лечение стойких травматических параличей лучевого нерва перемещением сухожилий.“

Доклад прочитанный на 4-томъ създѣ Эстонскихъ военныхъ врачей въ Ревелѣ Др. Г. В. Краузе, завѣдующимъ хир. отдѣленіемъ I. Ревельскаго военного госпиталя.

Опубликованіе казуистическаго матеріала о результатахъ перемѣщенія сухожилій при стойкихъ параличахъ лучевого нерва — является цѣлью этой статьи. Хотя до настоящаго времени имѣется значительное число солидныхъ трудовъ по этому вопросу — я укажу только на таковыя *Perthes'ea*, *Stoffel'я*, *Vulpius'ca*, *Hohmann'a*, *Fischer'a*, *Baisch'a* и другихъ то публикація настоящаго скромнаго матеріала имѣетъ свое оправданіе въ сравнительной молодости операциі перемѣщенія сухожилій при параличахъ лучевого нерва. При выборѣ методовъ операциі я руководствовался трудами *Perthes'ca* и принималъ въ расчетъ совѣты *Stoffel'я* и *Hohmann'a*. Операциі производились всегда подъ мѣстнымъ обезбоживаніемъ, а именно по методу *Braun'a* („Braunsche Querschnittanesthäsie“). Я предпочелъ анестезію *Braun'a* обезбоживанію плечевого сплетенія по *Kuhlcnkamff'у* ввиду абсолютно вѣрнаго дѣйствія анестезіи *Braun'a*. Операциі производились подъ мѣстнымъ обезкровливаніемъ по *Esmarch'у*. Доступъ къ сухожиліямъ достигался или двумя продольными разрѣзами изъ которыхъ одинъ былъ расположенъ на серединѣ тыльной стороны, а другой на серединѣ сгибательной стороны предплечья (методъ имѣющій безусловное преимущество) — или же сухожилія обнажались 3-мя разрѣзами: 2-мя продольными, соответствующими расположенію сухожилій *m-flexoris carpi ulnaris et flexoris carpi radialis* и однимъ косымъ, расположеннымъ на разгибательной сторонѣ предплечья. Начало этого разрѣза было расположено около основанія такъ называемой „*Tabatiere*“.

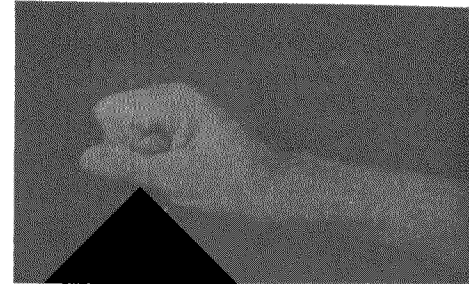
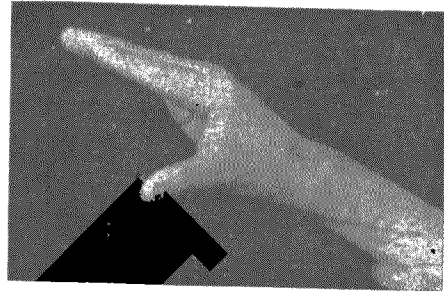
Освободивъ сперва сухожилія *m-i flexor carpi ulnaris et flexor carpi radialis* отъ ихъ мѣста прикрѣпленія и мобилизовавъ послѣдніе на значительномъ разстояніи, я корнцангомъ обходя кости предплечья, подкожно пробуравливалъ себѣ дорогу къ тыльной сторонѣ и протягивалъ сухожилія. Затѣмъ я пришивалъ „паравагинально“ (*Lozens*) сухожиліе *m-i flexor carpi ulnaris* къ поперечно разрѣзаннымъ сухожиліямъ *m-i extensor digitorum communis 2, 3, 4, 5*. Сухожиліе *m-i flexor carpi radialis* было прикрѣплено къ разрѣзаннымъ и между собой сшитымъ *m-i extensor pollicis longus et abductor. poll. langus*. 4 раза я оперировалъ по *Hohmann'у*, т. е. пришивалъ всѣ разгибатели пальцевъ къ сухожилію *m. flexor carpi ulnaris*, соединяя потомъ сухожилія *m-i flexor carpi radialis*, съ сухожиліемъ *abductor pollicis longus*. Шовъ сухожилій производился на высотѣ расположенной на 3—4 смт. проксимальнѣе *ligamenti carpi dorsalis*. Матеріаломъ для швовъ послужилъ шелкъ болѣе тонкихъ калибровъ. Сухожилія были пришиты другъ къ другу такимъ образомъ, чтобы возможно большіе участки послѣднихъ лежали параллельно другъ надъ другомъ (*Supravaginale flächenhafte Vereinigung Perthes'ca*). Пришиваніе сухожилій производилось узловатыми швами, проходящими черезъ половину циркумфееренціи сухожильнаго ствола. При правильномъ соединеніи сухожилій основныя фаланги всѣхъ пальцевъ послѣ операциі стояли въ разгибательной сверхкоректурѣ, соответствующей положенію основныхъ фалангъ нормальной руки во время максимальной экстензіи пальцевъ и кисти. Концевая фаланга большого пальца также, послѣ правильно наложеннаго сухожильнаго шва, обыкновенно находилась въ легкой сверхкоректурѣ. Ввиду принадлежности моихъ больныхъ къ рабочему классу, я къ сухожильному шву еще прибавилъ тенодезъ сухожилій *m-i extensoris carpi radialis brevis extensoris carpi ulnaris* по методу *Vulpius'ca*. (Иногда производилъ только тенодезъ *m-li exten-*

сor carpi radial brevis'ca) Мѣсто укороченія сухожилия было или пришито къ періосту костей предплечья узловатыми швами, или же (въ одномъ случаѣ) покрыто періостомъ по методу *Stoffel'*я. Сдѣлалъ я тенodesъ разгибательной кисти по совѣту *Perthes'*ca, который недоволенъ операцией *Stoffel'*я сдѣланной мною одинъ разъ.

(Отсутствіе тенодеза, пришиваніе flexoris carpi radialis къ extensor carpi radialis brevis соединеніе flexor. digiti III sublimis съ abductor pollicis longus и зашиваніе flexor. carpi ulnaris съ разгибателями всѣхъ пальцевъ) *Perthes* установилъ, что у 2, оперированныхъ имъ по *Stoffel'*ю, больныхъ при сильномъ сжатіи руки въ кулакъ — благодаря одновременному сгибанію всѣй руки въ лучезапястномъ суставѣ, — сила сжиманія руки въ кулакъ была значительно понижена. Съ другой стороны самъ *Perthes* въ 8 случаяхъ тоже не производилъ тенодеза и довольствовался однимъ только соединеніемъ разгибателей пальцевъ abductor poll. longus съ сухожилиями m-i flexor. carpi ulnaris et flexoris carpi radialis. Этимъ способомъ ему удалось сохранить въ значительной мѣрѣ подвижность руки въ лучезапястномъ суставѣ, такъ какъ одни сгибатели и разгибатели пальцевъ оказались достаточными для экстензіи и флекціи руки въ лучезапястномъ суставѣ. Однако сила сжиманія руки въ кулакъ — и въ этомъ случаѣ оказалась пониженной. (Способъ этотъ мною въ будущемъ будетъ примѣняемъ въ подходящихъ случаяхъ: художники, механики и т. д.) Къ концу операциі слѣдовала самая тщательная остановка кровотечения. Кожная рана зашивалась наглухо. Рука накладывалась на шину гарантирующей правильное положеніе основныхъ фалангъ пальцевъ. Что касается послѣоперационнаго леченія, то по совѣту моего бывшаго учителя, профессора *Цесс-фонъ Мантейфелл* — я уже съ первыхъ дней операциі приступилъ къ осторожнымъ активнымъ движеніямъ концевыхъ и среднихъ фалангъ всѣхъ пальцевъ. Въ періодѣ между 8—12 днемъ упражненія производились съ меньшей силой. На 20 день конечность временно вынималась изъ шины и ежедневно лѣчилась горячими ваннами и форсированными активными движеніями. — Заставляя больныхъ разгибать и сгибать концевые фаланги пальцевъ, этимъ волей неволей приводились въ движеніе и основные фаланги. Въ продолженіи 2—3 мѣсяцевъ рука осталась ночью и часто днемъ въ шинѣ. Массажу больные не подвергались, зато однако въ періодъ до операциі, при сгибательныхъ контрактурахъ пальцевъ и кисти рука раненныхъ усиленно массировалась. Приступая къ изложенію результатовъ операциі слѣдуетъ упомянуть, что раны всѣхъ 9 оперированныхъ больныхъ заживали первичнымъ натяженіемъ. (У одного образовалось нагноеніе 2-хъ поверхностныхъ швовъ). Первая операциа не удалась по чисто техническимъ причинамъ (слишкомъ слабая разгибательная свехкоректура во время сухожильнаго шва). Въ пользу больному послужилъ только тенодезъ, сдѣланный мною въ этомъ единственномъ случаѣ по принципу *Perthes'*ca Однако впослѣдствіи (черезъ 7 недѣль послѣ операциі) и здѣсь получалось незначительное ослабленіе фиксированнаго къ лучевой кости сухожилия extensoris carpi radialis brevis. Движенія большого пальца тоже были сильно понижены. Ученный этимъ горькимъ опытомъ и видя трудность техники тенодеза по *Perthes'*су я впослѣдствіи произвелъ тенодезъ по принципу *Stoffel'*я. Кромѣ того я обратилъ главное вниманіе на такъ называемую „тыловую свехкоректуру“ (Dorsale Übercorrectur) во время наложенія швовъ. Въ самомъ дѣлѣ оказалось, что уже во время операциі по тому максимальному тыловому разгибательному положенію, которое занимаютъ основные фаланги пальцевъ послѣ сухожильнаго шва, можно легко судить о будущей амплитудѣ движенія пальцевъ, и если нужно еще во время операциі поправлять свою ошибку. У всѣхъ 8 остальныхъ оперированныхъ рука стояла 10 недѣль послѣ операциі въ положеніи соотвѣтствующемъ удлинненной продольной оси предплечья (gute Mittelstellung) (у одного незначительно ниже). Хотя впослѣдствіи и у другого больного натяженіе укороченныхъ сухожилий незначительно ослабѣло, то тѣмъ не менѣе, благодаря дѣйствію разгибателей пальцевъ, рука активно поднималась въ кисти выше горизонтали. У 4 больныхъ основные фаланги активно поднимались до горизонтали въ 2 остальныхъ случаяхъ немного ниже горизонтали. Этотъ недостатокъ, а также то обстоятельство, что у 3-хъ больныхъ 4 и 5 пальцы незначительно отстояли отъ другихъ пальцевъ, впослѣдствіи мною было исправлено операцией укороченія сухожилий: производился продольный разрѣзъ въ 3—4 снт. длиной на разгибательной сторонѣ руки, расположенной между, но никогда не надъ сухожилиями, доступъ къ которымъ онъ долженъ былъ открытъ. Укороченія сухожилий производилось паравагинально и на этотъ разъ дистально отъ общаго влагалища разгибателей пальцевъ поперечнымъ разрѣзомъ сухожилий, наложеніемъ сухожильныхъ концовъ другъ надъ другомъ и присоединеніемъ послѣднихъ узловатыми швами. У 8 больныхъ активное движеніе большого пальца во всѣхъ 3 суставахъ было почти нормально, я говорю „почти“ потому, что оказалась, что абдукція большого пальца

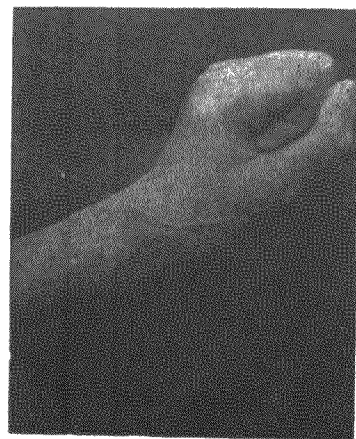
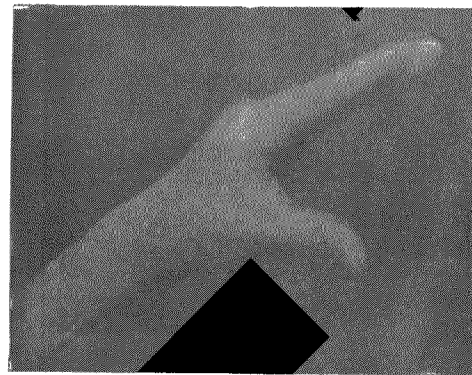
Обзоръ результатовъ операций.

Случай № 2



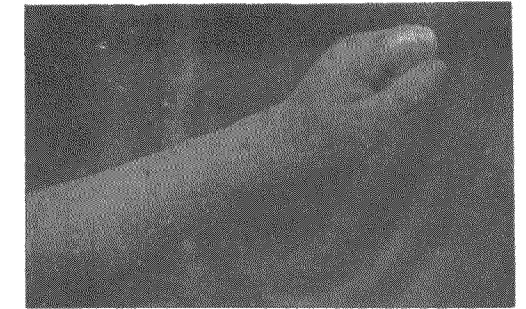
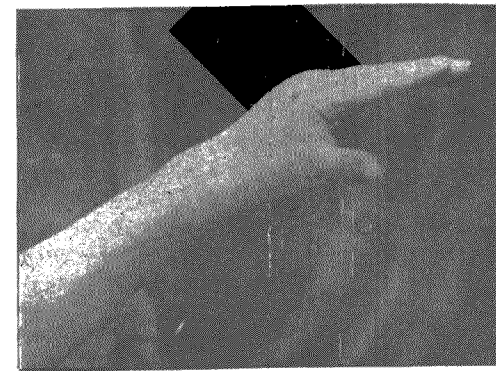
Тенотомія обоихъ разгибателей кисти по Vulpius'cy. Перемѣщеніе сухожилій по Perthes'yu. 4 мѣсяца послѣ операціи.

Случай № 4



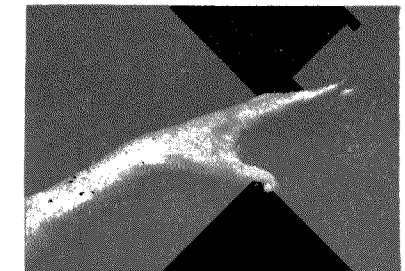
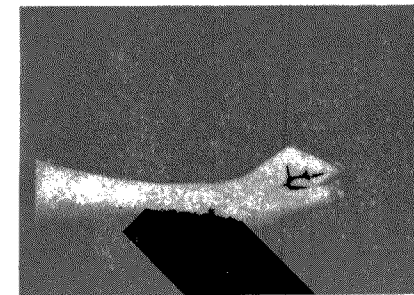
Тенотомія обоихъ разгибателей кисти по Vulpius'cy. Перемѣщеніе по Perthes'cy. 9 недѣль послѣ операціи. — Впослѣдствіи тенотомія ослабѣла, но зато получилась активная подвижность въ лучезапястномъ суставѣ въ размѣрѣ 45°. При максимальномъ сжатіи кулака въ кулакъ она немного сгибалась.

Случай № 3 и 5



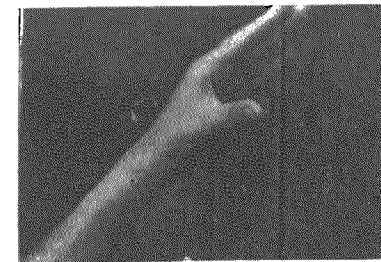
Тенотомія extensoris carpi radial. brevis по Нохман'у. 3 мѣсяца послѣ операціи.

Случай № 6, 7, 8

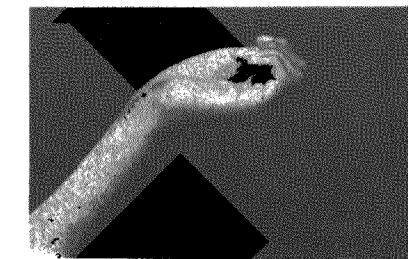
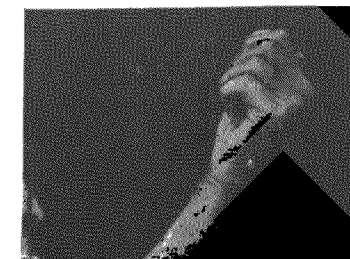


Тенотомія короткаго лучевого разгибателя кисти по Vulpius'cy; операція перемѣщенія сухожилій по Нохману. 3 мѣсяца послѣ операціи.

Случай № 9



Операція Stoffel'я 10 недѣль послѣ операціи. Подвижность (активная) въ лучезапястномъ суставѣ.



въ размѣрѣ 26°. Рука при сжатіи въ кулакъ не сгибается въ лучезапястномъ суставѣ (вопреки опыту Perthes'ca.) Вмѣсто flexor digiti minimi пришиито сухожилие musculus palmar. longi.

по крайней мѣрѣ у тѣхъ 4 больныхъ у которыхъ сухожилия послѣдняго были прикрѣплены по принципу *Hohmann'a* (flexor. carpi radial abductor poll. long., extensor pollicis extensor digitorum communis flexor carpi ulnaris), всетаки превышала экстензію. У 1-го оперированнаго амплитуда движенія большого пальца была слегка пониженной. У всѣхъ 8 больныхъ сжиманіе руки въ кулакъ было достаточно сильно. При сжиманіи руки она легко поднялась въ лучезапястномъ суставѣ (смотри фотографіи).

Изъ вышеизложеннаго явствуетъ, что въ перемѣщеніи сухожилій при стойкихъ параличахъ лучевого нерва мы имѣемъ операцію, которой достигаются весьма удовлетворительные результаты (изъ 9 оперированныхъ, у 8-ми руки функционируютъ хорошо), и думается (это доказали послѣдніе операціи), что впредь и мнѣ, подобно другимъ не понадобится больше приступать къ корективнымъ операціямъ. Конечно результаты операціи перемѣщенія сухожилия при параличахъ лучевого нерва уступаютъ результатамъ удачныхъ невролизовъ и швовъ *p-i radialis*. Однако, какъ это доказано *Stoffel'емъ*, результаты эти въ 40% всѣхъ оперированныхъ случаевъ по *Baisch'у* въ 30% отрицательны, кромѣ того регенерація нерва заставляетъ долго на себя ждать (по *Stoffel'ю* до 2 — 3 лѣтъ). Ввиду этого требуются основательное и долговременное специальное физиологическое леченіе руки во избѣжаніе сгибательной ея контрактуры. Эти то соображенія и то обстоятельство, что нѣкоторые больные — какъ рабочіе желали скорого возстановленія руки побудило меня произвести перемѣщеніе сухожилия часто тамъ, гдѣ другіе хирурги сдѣлали бы попытку нервного шва или невролиза. Хотя во время моей послѣдней хирургической дѣятельности, я теоретически и дошелъ до признанія индикации *Stoffel'я*, то тѣмъ не менѣе практически не всегда считалъ ее возможнымъ соблюдать.

Обзоръ литературы:

- Aberle.* Centralbl. für Chir. 1909 S. 1506.
Baich. Münchener Med. Wochenschrift № 30. S. 835.
Bier-Braun Kümmel I. Lehrbuch I. Bd. S. 180.
Borchard-Schmieden. Kriegschirurgie II. Bd. S. 298.
Capurro. Archiv. für kl. Chirurgie. Bd. 62. S. 26.
Dreyer. Beiträge für kl. Chirurgie Bd. 70. S. 581.
Ederlen. Beiträge für kl. Chirurgie, Bd. 83. S. 727.
Fischer. München. Med. Wochenschrift 1915. № 51. S. 1770.
Hacker. Beiträge für kl. Chirurgie Bd. 66. S. 259.
Hildebrandt. Archiv. für kl. Chirurgie Bd. 78. S. 75.
Hoffa. Archiv. für kl. Chirurgie Bd. 81. S. 1.
Hohmann. Centralblatt für Chirur. 1919. № 8. S. 147.
Lange. Ergebnisse für Chirur. u. Orthop. 1911. Bd. 11 — S. 1.
Lorenz. Centralblatt für Chirur. 1917. S. 713.
Lexer. Allgemeine Chirurgie Bd. 1.
Krause. Centrälbl für Chirurgie 1920 H. 29.
Müller. Beiträge für kl. Chirurgie Bd. 98. S. 265.
Nicoladoni. Archiv. Bd. 61. S. 600.
Perthes. Beiträge für kl. Chirurgie Bd. 116. S. 343.
 „ Centralblatt für Chirur. 1917. S. 717.
 „ Centralblatt für Chirur. 1919. S. 471.
 „ Beiträge für kl. Chirurg. Bd. 113. S. 338.
Stoffel. München. med. Wochenschrift. 1919 № 10. S. 3267.
Vulpinus u Stoffel. Orthopaed. Operationslehre 1911.

Post scriptum. 4 недѣли тому назадъ мною были оперированы еще 3 больныхъ: одинъ по *Stoffel'ю* съ моей модификаціей (сухожилие palmaris'ca вмѣсто flexor sublimis III) и другіе также по *Stoffel'ю* но съ слѣдующимъ измѣненіемъ: Flexor carpi ulnaris соединился съ сухожилими extensor digitor com. 2,3,4,5, flexor carpi radialis пришивался съ extensor'омъ carpi rad. brevis и flexor sublimis III прикрѣплялся съ abductor. poll. longus и extensor'омъ poll. brevis. Прогнозъ результатовъ послѣднихъ операцій ввиду самаго тщательнаго соблюденія техники самый хорошій. Склоненъ полагать, на основаніи своихъ 12 операцій, что при стойкомъ параличѣ лучевого нерва типичной операціей надо будетъ считать операцію *Stoffel'я*, ввиду достигаемой ею подвижности въ луче-запястномъ суставѣ и ввиду этого, что при сгибаніи руки въ кулакъ, при правильномъ соблюденіи техники, она не сгибается въ радиометакарпальномъ суставѣ, или если сгибается то въ небольшомъ размѣрѣ.

Ревель 18/8 1920.



Läbirääkimised:

Dr. Schilling: Demonstreerib haiget kellel täieline närvi ulnarise hawamine olnud; neli kuud peale haawamist tehti neurolysis. Nüüd on funktsioonide peaaegu täieline tagasitulek märgata.

Referendile wastu waieldes leiab, et tema indikatsioon kuiwsoonte ümberpaigutamiseks liiga laiale alusele seatud on. Opereerida, kuidas referent seda teinud, ainult haige palwe peale ilma et äraoodatud oleks tagajärgesi närvi õblemise järele, loen haige rikkumiseks, millel teadusline alus puudub.

Prof Zoega-Manteuffel: Kuiwsoonte ümberpaigutamine on inditseeritud, kui meie kindlaks teinud oleme, et närvi enam parandada ei saa, s. t. kui meie teda enam õmmelda ei saa, iseäranis, kui meie teda wabastada ei saa (Neurolysis).

Need mõlemad operatsioonid annawad täielist paranemist: esimene siiski ainult 60% juures resultaadiga kahe aasta pärast.

Nii wõime kuiwsoonte ümberpaigutamist ainult teha, kui närvi õmblus ehk wabastamine resultaadita on.

Dr. Krause: Ei wõi tehtud lõikust käte rikkumiseks nimetada. Kõige vähemalt on inwaliididest saanud töowõimulised inimesed. Operatsiooni waliku juures (närvi õmblus Neurolysis ehk kuiwsoonte ümberpaigutamine) wõtsin mina arwesse peale kõnes ettetoodud põhjusi weel seda, et minu haiged, kui sõjawangid, tagasi sõites Nõukogude Wenemaale, arstlist kontrollist eemale jääwad ja selle tõttu õige physioloogilise rawitsemise all ei seisaks mis nii tähtis pärast närvi operatsiooni.

Suguhagused Eesti sõjawäes ja nende profilaksis.

Dr. Klompus.

Teatud hagused, mis ühelt isikult teisele edasi antakse peaaegu ainult sugulise ühenduse läbi, nimetakse suguhagusteks. Neid on kolm: pehme schanker, (ulcus molle) mille sünnitaja Ducrey ja Unna poolt 1889. a. ülesleitud pehme schankeri „Streptobacillus“ on, sifilis, (lues) mille sünnitaja Schaudini ja Hoffmanni poolt 1905. a. ülesleitud kahwatu spirochaeta „Spirochaeta pallida“ on ja wiimaks tripper (gonorrhoea) mille sünnitaja Neisser'i poolt ülesleitud 1897. a. gonococcus on.

Suguhaguste laialilagunemine käib paralleelis sugulise ühenduse tungiga, mis inimesse loodud on nii hoolikalt elusate olemuste sigituseks ja ainult wähesel määral eetiliste seadustega tagasi hoitud, ning üleüldse ennast ainult teatud piirini sumbutada laseb. Need hagused tulewad ette igal pool, neil ei ole mingisuguseid piiriseid, millel oleks rahwuswaheline iseloom. Mulle näitab, et mitte ühelgi teaduse alal statistika nõnda ei lonka, nagu suguhaguste alal. Arwude waral ära näidata nende haguste laialdust on peaaegu wõimata. Silmaspidades nende kinnist karakteri, pikka wältawust ja nende mitmesugust ilmuwust (sifilis) mis awab väga suure tööpõllu kõikidel arsti erialadel, — peab igasugusest statistikast loobuma. Minule paistab mitte täiesti arusaadaw olema Tallinna linnawalitsuse ettekirjutus, et 1. jaanuarist peawad kõik arstid teatud wormide järele teateid andma suguhaguste üle. Kui see sünnib ainult statistika mõttes, siis annab tema väga kõrgeid arwe, sest et üks haige käib sagedasti mitme arsti käest läbi. Ja weel silmas pidades lauset, mis arwatawasti kõige suguhagustesse puutub, et „omnis syphiliticus mendax“, wõib waewalt loota, et enam-wähem täielikult andmeid saab. Blaschko statistika järele tuleb Berliinis 1000 noore inimese peale 200 tripperi ja 24 sifilise haiget, Manheimis Loebi statistika järele 100,000 elanikust iga aasta jääb 4000 suguhagustesse (4% ümber). Austria sõjawäes Ehrmanni wäljaarwamiste järele kõigub suguhaguste % 3,9—6,3%. Kristianias 1903. a. ametliku andmete järele jäiwad suguhagustesse 2851 inimest, nende hulgas 658 sifilisega, mis rahwaarwuga wõrreldes annab 1,27% suguhaguid ja 0,29% sifilise haiguid. Inglise sõjawäes 1906. a. 1000-nde wastuwõtmisele ilmuwatest nekrutidest oli registreeritud 81,8 suguhaguid (üle 8%). Wene statistika järele wiimaste 13 aasta peale enne sõja algust tuli keskmiselt 10,000 elaniku peale 71,4 sifilise haiget. Moskwa sõjawäe ringkonnas kõikus suguhagude arw 40,6 ja 42,7 wahel 1000 peale. Kolme wiimase aasta jooksul enne sõda olid suguhagused haigeksjäämise intensiivsuse poolest teisel kohal, kohta andes ainult üleüldisele epideemiale. Üleüldiselt wõib ütelda, et suguhagustesse haigeksjäämise arw mitmesugustes maades, linnades ja rahwa klassides kõigub 28 kuni 250-ni (iga 1000 inimese peale) aga sifilise arw 0,8 kuni 50 tuhande elaniku kohta. Arusaadaw, et sõjaajal suurenesid märksa need arwud, sest et selleks andsid põhjust palju ja küllalt teatud faktid. Statistika suguhaguste üle Eesti sõjawäes andis minule lahkesti Dr. Saaberg, mis annab pildi haigeksjäämise üle kuni 1. nowembrini m. a. Meie näeme, et keskmine haigeksjäämise protsent teeb wälja 1,51% ehk 15,1 haiget 1000 terve sõduri kohta. Wõrreldes kõiki ewakueeritud haiguid 1. detsembrist 1918 a. kuni 1. juunini m. a. on 1479: nendest suguhaguid 586 inimest, on protsendiline wõrdlus 7,8%, see tähendab, et iga tuhande haige sõduri kohta on ewakueeritud 78,0 suguhaguid; mis puutub suguhagustesse jäänud ohwitseride %, siis on see nõnda wäikene, et sellest rääkida ei maksa.

Mina isiklikult waatan nende arwude peale natukene kahtlaselt, neid liiga madalaks lugedes. Põhjuseks wõib olla, et mitte kõik haiged ei ole aruannetesse kantud, ehk jälle paljud sõduritest pööravad abisaamiseks eraarstide poole. Igatahes ma ei mõtlegi saada iseäranis kohutawaid arwusid, nagu omal ajal nägime wene sõjawäes, sest siin tuleb arwesse

wõtta meie Eesti sõduri kultuuralist arenemist ja ka külma põhja elaniku temperament mägib teatud osa nende arwude wäiksuse juures.

Prof. Nothnagel arstide täienduskursusel Münchenis juunis 1818. a. rääkis, et suguhaigete % saksa sõjawäes 2% rahuajast tõusis 3% (Austrias 4%). Niisugust tähtsusetat suguhaigete arwu tõusu tuleb lugeda kindlasti abinõude arwale, mis Sõjawäe Terwishoiu Walitsuse poolt saksa sõjawäes maksuma pandi. Need abinõud on järgmised: arstide ettekirjutused soldatitele, plakadid kasarmute seintel ja meeldetuletused soldatite taskuraamatutes, järjekorralised ihulised ülewaatused, alkoholi tarwitamisele, ööhulkumistele ja prostitutsioonile piiripamine, haiguse hallikate ülesleidmine, „Soldatenheimide“ asutamine ja päewakäsed mõnede ülemuste poolt — peale sugulist ühendust desinfektsioonile ilmuda.

Niisuguste karmide abinõude peale waatamata oli saksa sõjawäes haigete % siiski 3%, sel ajal kus meil niisugused karmid abinõud kaugelt weel mitte läbiwiidud ei ole, on suguhaigete % ainult 1,51% s. t. natukene rohkem 1½%. Kordan, et mina ettetoodud arwude juures kahtlen, sest kuuleme iga päew, et meie haigemajad suguhaigetega täidetud on, kuna Sõjawäe Terwishoiu Walitsuse ülema Dr. Lossmann'i ringkiri, et kergemaid suguhaigeid arstida ambulatoorselt, kinnitab minu kartust ja seepärast on siiski tarwilik kindlate abinõude tarwitusele wõtmine suguhaiguste laiali lagunemise wastu, ehk need küll statistiliselt näidatud ei ole.

K U U D	Suguhaigete ohwitseride kohta	% wõrdlus terwetele	Ewakuueeritud suguhaigete ohwitseride arw	% wõrdlus terwetele	Ambulatoorselt ja haigemajades arstitawate suguhaigete rahwawäelaste arw	% wõrdlus terwetele	Ewakuueeritud suguhaigete rahwawäelaste arw	% wõrdlus terwetele
Detsember 1918. a.	0	0	0	0	116	2,27	18	0,35
Jaauuar 1919. a.	0	0	0	0	165	1,35	42	0,34
Weebuar „ „	2	0,26	4	0,52	223	1,18	73	0,38
Märts „ „	1	0,12	1	0,15	458	1,82	84	0,34
Aprill „ „	5	0,43	5	0,43	330	0,99	204	0,61
Mai „ „	7	0,61	3	0,27	431	1,19	165	0,45
Juuni „ „	9	0,69	4	0,31	677	1,35	210	0,42
Juuli „ „	14	1,09	7	0,54	760	1,62	342	0,72
August „ „	13	0,93	5	0,36	774	1,62	270	0,56
September „ „	7	0,49	1	0,07	710	1,33	187	0,37
Oktoober „ „	9	0,48	2	0,11	979	1,89	248	0,48
		Keskmine % wõrdlus 0,46	Üleüldine ewakuueeritud arw 32	Keskmine % wõrdlus ewakuueeritud ja terwete wahel 0,25		Keskmine % wõrdlus 1,51	Üleüldine ewakuueeritud arw 1843	Keskmine % wõrdlus haigete ja terwete wahel 0,46
	32 ewakuueeritud ohwitseridest: tripperi ja pehme schan-keri haigeid 27 in. sifilise haigeid 5 in.	84,30% 15,70%	Ewakuueeritud 1843 rahwawäel.: tripperi ja pehme schan-keri haigeid 1499 in. sifilise haigeid 344 in.	81,30% 18,70%				

K U U D	Mitmesuguste haigustega ewakuueeritud ohwitseride arw	Ewakuueeritud suguhaigete ohwitseride arw	% wõrdlus	Mitmesuguste haigustega ewakuueeritud rahwawäelaste arw	Ewakuueeritud suguhaigete rahwawäelaste arw	% wõrdlus
Detsember 1918. a.	21	0	0	269	18	6,7
Jaauuar 1919. a.	13	0	0	514	42	8,2
Weebuar „ „	26	4	15,4	1059	73	6,9
Märts „ „	26	1	3,8	1365	84	6,1
Aprill „ „	65	5	7,7	2235	204	9,1
Mai „ „	54	3	5,6	2037	165	8,1
	Keskmine % wõrdlus ewakuueeritud suguhaigete ja ewakuueeritud mitmesuguste haiguste wahel 5,4			Kokku 7479	Kokku 586	7,8

Suguhaiguste profilaksis.

Mis puutub suguhaiguste profilaksisesse, siis peame seda kahte suurte grupesse jagama, s. o. seltskondlisse ja isiklikusse. Nii palju kui seltskondline profilaksis on sihitud suguhaiguste hoiatuseks ja kannab spetsiil iseloomu, ühinewad üksikud abinõud üleüldises prostitutsiooni küsimuses.

Prostitutsioon, s. t. elukutseline sugutundete rahuldamine, mida peaaesjalikult ainult naesterahwad praktiseeriwad, on seltskondline pahe, mis oma juured niiwõrd sügawale inimese loomuses on ajanud, et tema raadikaalse häwitamise peale lähemas tulewikus ühtki lootust ei ole. Niikaua, kui on nõudmine selle järele, on ka pakkumine. Jseäranis on see sõja wältusel silmnähtawalt kaswanud. Kaugel omast kodust ja wõimalus homme surnud olla, on muutmata teguriks, mis kõigeiks selleks mõjuwalt kaasa aitawad. Niikaua kui ei ole muutunud sotsiaal tingimised, ma ei usu, et wõitlus selle pahe wastu rohkem aitaks, kui teatud piiride kitsendused. Kui wõtta liig karmid abinõud walju seaduste näol, on see riskeerimine seega, et pahe awalikult sügawale aetakse ja awalik prostitutsioon weel suuremal määral, kui nüüd, salajaseks saab, ja kui niisugune, wõtab weel kurwema wälimuse. Printsibiga, et wõitlus prostitutsiooniga nõuab tagasihoidlikke abinõusid, on kõik nõus. Selle kohta aga, kas prostitutsiooni arstlise-politseiilise walwuse, ning reglamentatsiooni alla panna wõi mitte, on mitmesugused arwamised. Kahjuks ei ole koht selles lühikeses referaadis nende ühe ehk teise põhjuste peale peatama jääda. Ütlen ainult lühidalt, et reglamentatsiooni wastased, abolutsionistid, (Forel ja teised) (abolutsionismus, s. t. igasugune reglamentatsiooni kaotus on Jnglisemaal 1888 aastast ja Jtaalias 1805 a.) ütlewad, et isikuid, kes kohtu karistust kannud ei ole, ei wõi ka politsei walwuse alla panna. Kasu, mis wõib olla reglamentatsiooni läbi terwislikes ja profilaktiilises suhtes, laieneks nende arwates, reglamentatsiooni põhjal julgeoleku tundes awaliku naesterahwastega läbikäijatel. Teistes oludes kardaksid nemad haigeksjäämist, nüüd aga, usaldades riigi kontrolli peale, suureneb läbikäijate arw awaliku naesterahwastega. Teisest küljest suurem osa arste enam jagu riikides on reglamentatsiooni poolt, silmas pidades, et kui prostitutsioon juba olemas on, on tarwis teda ka parandada. Et reglamentatsioon piiri panema peab haiguse edasiandmises a priori, on tõenäoline, ehk küll statistilised andmed seda ei tõenda. Arusaadaw, et meie, kes meie reglamentatsiooni poolehoidja, peame wõitlema, et reglamentatsioon ei kannaks poliitseiilist iseloomu, sest see hirmutab awalikka naesterahwaid ja sunnib neid mitmesuguseid kawalusi tarwitusele wõtma. Juba järelwaatus peaks seatama rohkem teaduslisele alusele. Laialisel määral tu leks tarwitada Wassermanni reaktsiooni ja mikroskoop peaks olema conditio sine qua non ei tohiks olla ühtegi järeluurimist. 1917 a. Dwinskis tuli mul 2 korda nädalis kõiki Dwinski linna awalikka

naester. järelwaadata. Sellest rääkimata, et 2 tunni jooksul 150—200 naester. järele tuli waadata, häwitasid mikroskopi ja isegi korraiku järelwaatuse laua puudus täiesti selle reguläärsed tagajärjed. Kordan, ainult täiesti korralikult seatud reglamentatsioon võib tuua täielikka tagajärgi. Reglamentatsiooni eriküsimus on lõbumajade küsimus. Kas on parem, kui awalikka naesterahwaid lõbumajadesse paigutada, või peabjallegi eesõiguse wabale prostitutsioonile andma? Selle üle on palju waieldud ja ülepea seda küsimust tuleb rohkem kohalikkude oludega käsitada. Ilmasõjas Wene liinitagusest piirkonnast saadeti kõik awalikud naesterahwad välja. Ja meie teame, et see abinõu mingisugust tagajärge ei toonud; kõik liinitagused linnad kubisesid salajatest awalikudest naesterahwastest, kes nimekirjadesse ja waatuse alla ei käinud; seepärast ei ole imeks panna, kui suguhaiguste arv aina kaswas.

Nagu teada, oli sakslastel kõigis okupeeritud linnades lõbumajad lakoonilise pealkirjaga „Bordell“ sisseseatud eraldi „für Mannschaften“ ja eraldi „für Officiere“. Ja tingimata tuleb konstanteerida, et suguhaiguste arv saklaste juures nähtawalt vähem oli wõrreldes seega, mis Wene sõjawäes ette tuli, Minu arwates tuleks ka praegu seadida eraldi lõbumajad soldatidele liinitaguses piirkonnas, selles näen ma seltskondlist profilaksist sõjawäes, millest arusaadagi iseäranis suurt kasu loota ei ole, kui üleuldse seltskondlisest profilaksisestki.

Tähendan möödaminnes. et 1918 a. weebruari kuul oli Reichstaxis mahutatud seaduse projekt, mis järgmiselt kokku seatud oli: kes seisab sugulises ühenduses, selle peale waatamata, et see temate keelatud on, mõistetakse wangi kuni 2 aastani. Sugulised ühendused on keelatud: 1) sellele, kes teab ehk arwab, et tal külgehakkaw suguhaigus on, 2) sellele, kes peab arwama, et ta kunagi suguhaige on olnud ja ei saa tõeks teha, et järelwaatuse põhjal arst temale uuesti sugulist ühendust lubanud on. Ei tea, kas see seaduse projekt juba jõusse astus, või ei. Igal juhtumisel on see drakooniline wõitlusabinõu suguhaiguste wastu ja kas ta ka mingisugust kasu sellel alal toob, näitab tulewik. Selle wastu näen ma tingimata palju suuremat tulu isiklikus profilaksises— nende määruste läbiwiimist, mis mitmesuguste autorite poolt ette pandud olid enesekaitse otstarbeks suguhaiguste kaitseks. Siiski, enne kui abinõude walikule asuda, mis meie eesmärgi jaoks ette pandud, on tarwilik tähendada, et täiesti õigeid abinõusid suguhaiguste profilaksisele meie praeguse ajani weel ei tea, ja et kõige parem profilaksise abinõu tagasihoidmine kahtlasest sugulisest ühendusest, s. t. väljaspool abielu, on.

Pendant sellele Saksamaal asutati Deutscher Aerztebund für Sexualethik (esimees prof. Abderhalden) mille põhikirja peapunktiks on suguline tagasihoidmine kuni 24 aastani, aga 25 aastast peale wõimaluste kergendamine abielusse astumiseks ja seltskondliste ja majandusliste tökete kõrvaldamine iseäralise põhikapitali abil, millest noorpaarile antakse välja iseäralised abirahad.

Üleminnes abinõude walikule, mis suguhaiguste ärahoidmiseks olemas on, tähendame, et kõiki neid abinõusid wõime jagada 1) kondomid — kestakesed, mis suguliiget katawad ja 2) rohud (wedelikud, salwid ja määred) mida peale määratakse, ehk pritsitakse kusetorusse ühel ehk teisel abinõul. Londoni arst Condom soowitas 17-ne aastasaja lõpul lamba sooltest kestakesi haiguse ärahoidmiseks. Sellest ajast saadik on kondomid palju muutunud ja misugused nad praegu on, on wist kõigile teada. Kuulus sifilise uurija Rigort ei usaldanud kondomiseid ja ütles nende kohta terawmõtteliselt, et see ämbliku wõrk külgehakkamise wastu ja raudriid mõnususe wastu on. Tarnowsky ei ühinenud temaga, ja loeb kondomiseid üheks paremaks abinõuks suguhaiguste ärahoidmiseks. Meie omalt poolt wõime tõendada, et mõistmata ümberkäimise tagajärjel kondomiga wiib õige sagedasti selle lõhkemiseni, selle wastu aga seda osawasti kasutades, määrides mõne raswa ollusega ehk waseliiniga ja selle sarnastega on kondomil suur tähtsus profilaksises. Ilmasõja ajal wene sõjawäes ühes raudtee bataljonis oli arsti poolt sisse seatud „kondomide warustus“, igale soldatil anti kondom ühes seletusega, kuidas sellega ümber käia tuleb. Kas see aga mingisugust tulu tõi, ei wõi ma öelda.

Üleminnes profilaksise arstirohtude abinõude peale, wõime eraldada neist kõige esiteks abinõusid, tarwitatawaid pehme schankeri ja sifilise profilaksisel, ning peale seda waatame profilaksilisi abinõusid tripperi wastu. Huwitaw selles suhtes on prof. Giovanni eksperimentaal töö (Archiv für Dermatologie und Siphilis 1901). See autor tegi enesele ülesandeks selgusele jõuda, kas on üleüldse wõimalik haawu, mis on külgehakkanud pehme schankeri mädast, kahjutaks teha ajakohaste desinfektiooni abinõudega, ja kui see wõimalik, siis misugustel tingimistel. Kõigel haigetel meeste — ja naesterahwastel olid juba pehme schankeri rakukesed. Kunstlist haawa istutamist pehme schankeri mädaga pandi suuremat jaolt puusa keskkolmandiku sisemise pinnale, ja ainult mõningatel juhtumistel haigetel naestel häbeduse mokaadele. Kõigil 21 proowi juhtumistel tekkisid kunstlise pääliskaudse wigastamise tagajärjel pehme schankeri lima mõjul nelja — wiie päewa jooksul nähtawale iseloomulised sugu-

haiguslised paisid; tähelepanek aga 85-ie kunstlise haawa istutamisel, kus juures neid ehk teisi haiguse kahjutaks tegewaid abinõusid tarwitati, andis wõimalust neid jagada nende mõju järele 1) mis pehme schankeri täiesti ära hoidsid, 2) mis takistasid ühest kuni seitsme päewani ilmumast ja 3) mis mingisugust mõju ei awaldanud haiguse ärahoidmiseks. Peale haawa haigeksjäämist ei arenenud pehme schanker edasi: peale minutilise pesemise suplimati sulatise (1:1000) mis sai isegi 8 tundi pärast külgehakkamist ette wõetud.

Asudes pehme schankeri, ja sifilise teiste abinõude läbiwaatamisele, mis soowitatud nende profilaksise otstarbeks, tuleb tähendada abinõusid, mis prof. Tarnowsky poolt soowitatud. Tema soowitas enne sugulist ühendust määrada suguliiget mingisuguse raswa ollusega: goldkreemi ehk sea raswaga, mis teatud piirides kaitseb sisselõigete ja rakukeste lõhkemiste eest, ja seltsamal ajalt ka osalt, Tarnowsky arwamise järele, schankeri ja schifilise olluste külgehakkamise eest hoiab. Peale sugulist ühendust suguliige kergelt sisseõeruda suplimati, alkoholi, wedela roheline seebi ja tsitroni eetri õli sulatisega. Tähendatud sulatisega ette wõetud katsed andsid suurepäralisi tagajärgi. Prof. Pick soowitab peale coitus'i suguosade pesemist 1% piirituse — eetri timoli sulatisega, sest et see sulatis kõrwaldab raswa massed ja ollused karwakeste küllest, kus külgehakkawad idud maad leiawad, mida aga weega eemaldada ei saa. Sifilise ja pehme schankeri profilaksiseks soowitab Jooseph suguliiget paksult raswaga määrada. Sedasama soowitawad ka prof. Neisser ja Jadassohn. Patenteeritud abinõudest tuleb nimetada „Viro“ ja „Protektori“ kreemi. Neid abinõusid on proowitud heade tagajärgedega. Tripperi profilaksiseks on ette pandud suguliigete pesemine ja määrimine mitmesuguste abinõudega, kondomid, millest juba ülemal tähendasime rohtude sulatistega pritsimised peale coitus'i tilkade sisselaskmine j. n. e.

Mis puutub meeste suguliigete pesemisesse, ei usu prof. Kopp sugugi, et ükskõik misugused pesemised (weega, äädikuga, wiinaga, rohtude sulatistega) ka natukenegi hoiaks tripperi külgehakkamise eest. Sarnased pesemised wõiwad kasulikud olla naestele, ka siiski ainult siis, kui neid mitte nii wäga kontsentreeritud näol ei toimetada.

Kopp annab suure tähenduse kusemisele peale coitus'i, sest ta leiab, et mõnel juhtumistel ühes kusega kõswaldatud saab kusekanaali mööda sinnasattunud virulent idud. Prof. Finger loeb tõesti ratsionaalseks abinõuks tripperi profilaksisele kusemist peale coitus'i ja suguliikme pea pesemist kusega. See abinõu oli juba wanade autorite poolt soowitatud. Juba wanasti soowitati tripperi ärahoidmiseks terwe rida abinõusid kusetorusse sissepritsimiseks. Weel 1810 a. soowitas Eichrodt segatud soolahappet kusekanaali pesemiseks ja sissepritsimiseks peale kahtlast kokkupuutumist. Diday soowitas selleks otstarbeks weikest pritsi, mida ta täidetult alati enesega kaasas soowitas kanda tarwiduse korral kahtlastel sugulistel ühendustel. Tagajärjerikas silma põlendiku kõrvaldamine sündinud laste juures, Credé methodi järele, nimelt 1 tilka 2% põrgukiwi sulatist silma lastes, wiis mõtte peale järele proowida seda metodi ka kusekanaali tripperi profilaksises. Ja 1885 a. soowitas Hausmann lasta kusekanaali peale kahtlast sugulist ühendust tripperi ärahoidmiseks 10 tilka 2% põrgukiwi sulatist; see hoiatuskatse tõi Hausmannile häid tagajärgi. Põrgukiwi sissepritsimist soowitab ka prof. Lang, kuid peab tähendama, et nii suure hulga 1—2% põrgukiwi sissepritsimise tagajärjel tekkib kusekanaalis walu, mis mõnikord õige lõikawaks wõib minna. Wähem nõrgemad reaktiivsed nähtused tulewad kahe kolme tilga 2% põrgukiwi sissepritsimisel fossa navicularisse peale sugulist ühendust, nagu seda Blocusewsky soowitas. See autor soowitab sissepritsida kohe peale sugulist ühendust, wõimalust mööda mitte hiljem kui 1/4 tunni järele peale seda, 2—3 tilka 2% põrgukiwi sulatist fossa navicularisse; esialgu peab kusema. Põrgukiwi sulatise tarwituse juures; kusekanaali soowitab autor tilgataja otsa 0,5 — 0,75 stm. sügawuseni suruda, ja jätta wedelikku kanaali wäheseks ajaks, umbes 1/4 minutini. Kui sissepritsimist mitte kohe peale sugulist ühendust ei ole tehtud, wõib seda ka mõne tunni järele teha, aga sarnasel juhtumisel tulewad tilgad kauem aega kanaalis hoida, natukene rohkem 1/2 minutit. Blocusewsky soowitas oma kaitse sissepritsimise jaoks isesugust aparati „Samaritlane 1“ nime all: Selle aparati lähemat ehitust meie ei puuduta Blocusewsky ettepanek leidis paljude arstide juures tähelepanekut, iseäranis Neisseri ja Koppi juures. Blocusewsky methodi arsti wõime mõju sai Schafferilt ja Steinschneiderilt bakterioloogiliselt järele proowitud, need autorid tõendasid, et 2% põrgukiwi sulatis juba 5—e sekundilise mõju järele peatab tingimata gonokokkide kaswu kinni. Blocusewsky methodi puuduseks on walu pritsimise tagajärjel kusekanaalis, mis mõnikord wäga tugew, mille puuduse peale Kopp ja ka Frank tähelepanekut juhiwad. Blocusewsky kirjelduse järele on mitmel juhtumistel tema patsiendid mitu tilka 3% põrgukiwi sulatist peale coitus'i sisse pritsinud ja terweks jäänud, kuna teised sellesama naesterahwa käest tripperi said. Saksa laewastikus tarwitakse Blocusewsky methodi wäga laialiselt. Ühe ristleja komanderi ütelse järele, tarwitades Blocusewsky methodi, ei jäänud, kahe ristleja peal ükski mees

tripperisse haigeks. Saksa laewastikus iseäranis tundelikudele meestele lastakse enne pritsimist kanaali 1—2 tilka 10% kokaini sulatist. Welander ja Frank, otsides abinõusid, mis võiksid põrgukiwi aset täita ja ühes sellega ei awaldaks äritawat mõju, teine teisest rippumata jäiwad peatama protargoli peale, millega nad terwe rea katseid tegid. Welander tegi 15 niisugust katset: tema laskis esimese poole terw. kusekanaali sisse tilga mäda, mis oli wõetud tripperi haigest kanaalist ja eneses palju gonokokkisid sisaldas ja määris mäda nii, et kanaali seinakesed sellega wõimalikult igast poolt kaetud olid. Welander laskis 10 minutist kuni 6 tunni wältusel katsealust kuseda ja pritsis kohe selle järele kanaali esimese osasse 3—6 grammi 4% protargoli sulatist, sulatis seisib kanaalis 5—10 minutini. Mitte ühelgi juhtumisel ei olnud haigeksjäämist. Prof. Welanderi poolt saawatud tagajärjed näitawad tingimata suurt edusammu tripperi profilaksises. Siiski selle profilaksise katse kordasaatmine praktikas ei ole teatud osas otstarbekohane, sest siin tuleb kaunis palju wedelikku 3—6 grammini 5—10 minutit sees hoida, seda alati praktiliselt täita ei ole wõimalik. Peale selle, nagu Blocusewsky seda õiglaselt nimetab, kütsub 3—4% protargoli sulatise sissepritsimine walu tunde, iseäranis siis, kui wedelikku 5—10 minutit kanaalis hoidma peab.

Nimetatud methodidest on Franki oma kõige kohasem. Frank, wõttes tripperi mäda, õõrus seda kanaali seinakestele laiali ning pritsis sisse peale seda 2 tilka 20% protargoli sulatist glitseriniga. Frank toob ette 8 niisugust katset ja mitte ühelgi korral haigeksjäämist ei olnud. Tehes sedasama nende sama isikutega ilma 20% protargoli sissepritsimata, ilmus tripper kõige lopsakamal näol. Need katsed näitawad, et kohe peale sugulist ühendust 2 tilga 20% protargoli — glitseriini sissepritsimine kõige ustawam wastuabinõu tripperile on. Katsetel, mis Franki poolt tehtud, tuli ilmsiks, et 20% protargoli sulatis glitseriiniga gonokokkisid 5-e sekundi jooksul juba surmab. Franki metodi takti tõelikkust kinnitasid Kopp, Zeissl, Joseph ja Marcheko oma katsete läbi. 1-se Brüsseli konferentsil omas ettekandes sifilise ja suguhaiguste profilaksise üle, harutades küsimust tripperi seltskondlisest hädaohust, awaldas prof. Neisser arwamist, et juhtumisel, kui oleks wõimalik tarwitada üleüldisi abinõusi (Blocusewsky, Franki j. t.) wastawaid Crede metodele, wõik kaotada kusekanaali tripperit niisama, kui Crede method kahtlemata häwitab ja ära hoiab iduleses silmapõlendikku tripperi tagajärjel. Blocusewsky hindab Franki metodi sellepärast, et 20% protargoli sulatis sugugi ei ärita, tema arwamisel, kanaali, wõib tarwitada ilma esialgse kusemiseta, ei haise ja ei jäta peaaegu mingisuguseid märkiseid pesu peale. 20% protargoli walmistatakse harilikult järgmise formulijärele: protargoli 20, 0 õõruda 20, 0 glicerini ja lisada juurde 60, 0 sooja destilleeritud wett. Niisuguses olekus seisab sulatis kaua, ilma et ta halwaks läheks.

Prof. Marschalko ja Koppi, Blocusewsky (Samaritiplane II nlme all) Bernsteini ja Franki poolt olid soovitatud 20% protargoli glitseriini sulatise tarwituseks iseäralised aparaadid. Prof. Marschalko soowitas aparaati, mida ta „Phallos'eks“ nimetas, Frank nimetas oma aparaati „Prophylactol'iks. Nende aparaatide põhjaliku kirjelduse peale meie peatama ei jää, sest et neil kõigil üks otstarbe on: sel ehk teisel teel wiia kusekanaali 3—4 tilka 20% protargoli sulatist. Tripperi profilaksise aparaat „Viro“ sisaldab eneses protargoli waseliini. Mis protargoli määretesse puutub, siis peab ülepea nende mõju juures kahtlema, sest et protargol ei sula waseliinis ja tähendab, ei wõi oma täielist mõju ila naha peale awaldada, peale selle kõik äritawad abinõud, nagu Robert Koch näitas, mõjuwad nõrgemalt, kui nad segatud raswa ehk õliga on.

Tuleb weel tähendada, et Blocusewsky katsetega, Piorkowsky bakteria — fisioloogilises institutis Berliinis näitas, et 3% albargiini sulatis surmab gonokokkisid 10 sekundi 4% 5-e sekundi pärast, aga 5% silmapilk. Ühinedes Neisseriga, et profilaktiline abinõu tripperi wastu, silmaspidades wõimalikka wahejuhtumisi, peab surmama gonokokkisid mitte hiljem kui 5-e sekundi pärast; teisest küljest, silmas pidades, et 10% albargiini sulatis ei ärita, jäi Blocusewsky peatama 8% albargiini sulatise peale, mis müügile ilmus aparaat „Sanitas'ega.“

Kokku wõttes kõike siamaale öeldud tripperi profilaksisest, wõime ütelda, et praegusel ajal on meil kaunis kindlaid abinõusid tripperi äraboidmiseks: nende hulka kuuluvad: 2% põrgukiwi, ja 2% protargoli ja 8% albargiini sulatised. Ülesloetud tooded lubawad loota, et suuremal hulgal on wõimalik tripperit ära hoida ühe nende abinõude tarwitamisega, milles arstiteaduse suurt edusammu näeme. Ilmasõja ajal minu 149 Tchernomorski polgus wiibimisel soowitasin mina profilaksise abinõusid kõigi ohwitseridele järgmisel kombel: 2 10—15 grammi suurust pudelit. Ühesse nendest walasin ma suplimati 1: 1000 schankeri ja sifilise ärahoidmiseks, aga teise 20% protargoli sulatist tripperi profilaksise abinõuks, järgmise formula järele.

Protargoli 2, 0
terec. glycerino 2, 0
Adde destill friz 6, 0.

Silmas pidades, et meie polk siis Dwinski all oli, mis awaliku naesterahwastest kubises, kelle üle, nagu ma juba eelpool tähendasin, mingisugust kontrolli ei olnud ja kellede läbi kergesti haigust wõis saada. ei näinud mina mitte ühtegi haigeksjäämise juhtumist nimetatud abinõusid tarwitades, Minule jutustasid mõned ohwitserid, et nemad mitmel juhtumisel alles teisel hommikul peale sugulist ühendust tilgutasi protargoli sisse ja pesid suplimatiga ning jäiwad ka täiesti terweks.

Tarwitamise wiis on õige lihtne: peale sugulist ühendust walatakse wati tüki peale suplimati ja pestakse suguliige hoolega puhtaks, kuna hariliku tilgutajaga awatud orificium'i 3—4 tilka 20% protargoli sulatist lastakse.

Minu arwates on meie Eesti sõjawäes nimetatud abinõude tarwituse sisseseadmine läbiwiidaw. Nende abinõude wähenenud hind ja tarwilik materjali kättesaadawus räägiwad selle poolt, et meie tarwilisi samme selle projekti läbiwiimiseks tegema peame. Niisuguste kulude kasu juures ei saa ka meie Terwishoiu Walitsus kahtlema. Üksikute wäeosade arstid peawad soldatidele selgeks tegema, et niisuguste abinõude tarwitamine neid paljudest suguhaiguste külgehakkamisest ära hoiab, mil põhjal suguhaiguste laialilaotamine ära hoitakse, ja ma usun, et see paradoks ei ole, kui ütlen, et profilaksise abinõude tarwitamisel mitte üks kümme kodanikku terweks jääwad ja mitte üks kümme meie noore Wabariigi ehitajatest oma tööd jätkata wõiwad oma kalli kodumaa kasuks.

L ä b i r ä ä k i m i s e d :

Dr. Rütman. Isklik profinlaksis on kõige tähtsam, kuid kontroll naesterahwaste kohta ei wõi kõrwale heidetud saada. Kui minewal aastal Tallinnas haigemajas wiibiwad peale 200 naestarahwa lahti oleks olnud ja wabalt meestega läbikäinud oleks, siis oleks haigeksjäämine praegu palju sagedam. Frondi lähedal oleks iseäralik kõwa kontroll waja sisseseadada. Kuid tähtis on, et ka abinõusid aegsasti tarwitusele wõetakse et sõdurid, kes haigeksjäämise korral mitte terweks saanud pole, haiguse demobiliseerimise puhul oma kodukohtadesse laiali ei wiiks.

Dr. A. Luus: Ettekandja tähendas siin, et Tallinnas on suguhaigete registreerimine 1. jaan. s. a. maksma pandud.

Kas on sellel tähtsust?

Registreerimisega tahetakse Tallinnas kahte asja kätte saada: 1) meil on alati silmapilkselt statistilised andmed selle haiguse laialilagunemise kohta käepärast. 2) meie saame alati teada haigete liikumist, teame palju on wärskeid, palju pikaldasi haigeid, missugustest rahwakihtidest nad pärit ja kust nad Tallinna on tulnud ehk kui kaua siin elanud.

Kõik need andmed aitawad meid teatawal wiisil ka suguhaiguste wastu wõidelda ja on seega õigustatud.

Dr. Treumann: Wene merewäes oli sunduslik prophylactium Ung. Metschnikowi (25% Calomel Lanolin.) ja 20% Protargol-glyzerin. Kõigil juhtumistel, kus nimetatud abinõud kuni 6 tundi pärast Coitus't tarwitatud on, ei ole ma ühtegi suguhaiget näinud.

Prof. Paldrok: Soowitan peale Coitus't kust lasta ja siis piiritusega suguosasid peseda, kus juures mõni tilk spiiiritust ka fossa navigularis'se lastakse. Siis puudetakse suguosad Calomel'iga.

Dr. Iannsen: Arg. nitr. sulatist tuleb tungiwalt propageerida analoogiliselt Crede soowitamise ja Blenorvhoea neonator, wastu.

Prof. Paldrok: Meie peame juba selle eest hoolitsema et meil eriarstid suguhaiguste tundjatena töösse wõiks hakata. Nad peaks nende küladesse saadetud saama, kus ajalehtede teateid järele kõik külad haiged on. Säär on praegu nende tegevuse põld: Nemat töötaks ka asjatundjatena edasi komisjonides meie sõjawõe demobiliseerimisel. Ükski sõdur ei tohiks kodu lastud saada, ilma läbiwaatama'a. Haiged peawad rawitsemisele wõetud saama ja alles peal terweksaamist kodulastama. Muidu saab syphilis rahwa sekka kantud ja siis on juba wõitlus väga raske ja ehk juba hilja.

Õtsustakse walida komisjon, kes wälja töötaks märgukirja edasisaatmiseks Sõjawägede Ülemjuhatajale.

Komisjon, millesse kuulusi Prof. Paldrok, Dr. Rütman, Dr. Perli, Dr. Klompus kannab järgmise märgukirja ette, mida koosolek ühel häälel peale weikeste põranduste wastu wõtab:

„Suure hädaohu peale tähepanemist juhtides, mis suguhaigused riigile on, wõttis sõjawäe arstide koosolek ühel häälel järgmise resolutsiooni wastu:

Kiirendatud korral tuleb riigi seaduste kogusse suguhaiguste wastu wõitlemise määrused üleswõtta, nüüd aga juba järgmised määrused maksuma panna:

1) et iga sõjawäelane, nii puhkusele laskmise, kui ka demobiliseerimise korral saaks selleks määratud arstide poolt suguhaiguste poolest läbiwaadatud;

2) haiged leitud isikud tuleb nii kaua rawitseda kuni nad ümbruskonnale enam hädaohutlikud ei ole,

3) rohitsemine peaks sõjawäe haigemajades tasuta sündima;

4) on tarwis rahwawäelasi suguhaigustega ja nende ärahoidmise abinõudega tutwustada;

5) soowitaw on, et sõjawäelastele suguhaiguste prophylacticum tasuta kättesaadaw oleks.

Märkus: Koosolekul wiibisid 71 arsti.

Къ вопросу о леченіи *Typhus recurrens* Neosalvarsan'омъ.

Клиническія наблюденія.

Д-ръ Брендстедъ.

Съ появленія Сальварсана симптоматическое леченіе возвратнаго тифа было окончательно оставлено.

Первый въ Россіи примѣнилъ Сальварсанъ на рецидивахъ Иверсенъ. Еще до появленія Сальварсана Иверсеномъ испробованъ цѣлый рядъ препаратовъ мышьяка: атоксилъ, арреналь, арсацетинъ и какодиловый натръ. Всѣ они въ большей или меньшей степени понижали Т-ру, вызывали кризисы, но окончательнаго удаленія изъ периферической крови спирохетъ получать не удалось. Шнейдеръ получалъ хорошіе результаты отъ впрыскиванія въ вену 0,05 арренала раств. въ 1 куб. с. воды. Съ появленіемъ Сальварсана Иверсенъ *Bilker* и *Dreyer* получали прекрасные результаты при внутримышечномъ впрыскиваніи Сальварсана, еще лучше были результаты при внутривенномъ впрыскиваніи (*Inf. Krank Kraus*). Всѣ они указываютъ, что при впрыскиваніи Сальварсана („606“) и 0, 3—0 4, спирохеты очень скоро послѣ впрыскиванія начинаютъ менѣе оживленно двигаться, обнаруживаютъ склонность къ агглютинаціи, хуже окрашиваются, распадаются и поглощаются фагоцитами. У Иверсена и Ремезова спирохеты исчезали изъ периферической уже черезъ 4-6-10 часовъ: время примѣненія Сальварсана они считаютъ безразличнымъ; т⁰ падала черезъ 10—24 часа при обильномъ потѣ. Возвратовъ не наблюдалось болѣе чѣмъ въ 90%, а въслучаяхъ возврата продолжительность апирексіи увеличивалось во много разъ. При вторичномъ впрыскиваніи возвратовъ не наблюдалось совершенно. Смертность понижалась, а смертные случаи зависѣли почти исключительно отъ осложненій.

Pancot въ Индіи наблюдалъ вмѣсто 70% смертности только 2% при внутривенномъ вливаніи.

Castelli, Conseil, Bienassis, Тушинскій получали одинаково хорошіе результаты отъ вливанія *Neosalvarsan*'а. Тушинскій указываетъ, что при впрыскиваніи *Neosalvarsan*'а въ вену приходится часто наблюдать новые приступы, но всегда безъ спирохетъ въ периферической крови.

Я располагалъ матеріаломъ въ 120 *recurrens*'тиковъ изъ которыхъ 40 приходилось на Госпиталь № 3 Краснаго Креста въ Коппелѣ и 80 на 1 госпиталь въ Іоакимсталѣ. Всѣмъ 120 больнымъ было впрыснуто въ вену *Neosalvarsan* или *Arsenobenzol* „Billon“ 12 больныхъ (10%) не дали втѣченіи 4-хъ недѣль возвратовъ 43 больн. (35%) дали новые приступы при температурѣ 38°—40° и 63 больн. (55%) дали возвраты при температурѣ 37°—38°. Изъ 108 больныхъ давшихъ возвраты 65 больн. (6%) дали одинъ возвратъ; 44 больн. (4%) дали два возврата и 9 больн. (8, 3%) дали 3 возврата. Причемъ количество возвратовъ и интенсивность ихъ на *arsenobenzol* приходится больше чѣмъ на *Neosalvarsan*. Такъ изъ 108 больн. давшихъ возвраты на *Neo* приходится 23 больн., т. е. 20%. Изъ 55 случаевъ, которымъ было влито различныя дозы и въ различныя по счету приступы *Neosalvarsan* или *Arsenobenzol* изслѣдовалась кровь на *Obermeyer* сразу послѣ кризиса. Всѣ дали въ периферической крови отрицательный результатъ. 65 случаевъ давшихъ возвратъ послѣ впрыскиванія не дали въ периферической крови при повторныхъ изслѣдованіяхъ въ моменты приступа спирохетъ.

Что касается быстроты наступленія возврата въ зависимости отъ дозы вводимаго мышьяка то изъ 5-ти случаевъ при вливаніи 0, 15 *Arsenobenzol*'а дали всѣ 5 возвраты уже черезъ 24 часа. Изъ 40 случаевъ при вливаніи 0, 6 *Arsenobenzol*'а 15 дали возвратъ черезъ

8—12 дней и 25 больных через 12—16 часов. Изъ 25 случаевъ при вливаніи 0,9 Arsenobenzola 2 дали возвратъ черезъ 8—12 дней и 23 черезъ 12—21 день. Изъ 15 случаевъ поличившія 1,2 Arsenobenzol—всѣ дали очень небольшіе возвраты всего лишь на 18—21 день.

25 случаевъ были послѣ вливанія изслѣдованы повторно микроскопически на спирохету Obermeier'a. Въ 21 случаѣ Obermeier'a небыло спустя 6—10 часовъ; въ 4-хъ случаяхъ его небыло уже спустя 5 часовъ.

Изъ 20 случаевъ у 17 (85%) t^0 падала черезъ 30—40 часовъ послѣ вливанія—Вливаніе б. сдѣлано на 1—2-ой день приступа.

Изъ 20 случаевъ у 15 (75%) t^0 падала черезъ 10—20 часовъ послѣ вливанія. Вливаніе б. сдѣлано на 3-й—4-ый день приступа. Изъ 15 случаевъ у всѣхъ 15-ти t^0 упала черезъ 4—10 часовъ послѣ вливанія. Вливаніе б. сдѣлано на 4—6 день приступа. Изъ 120 случаевъ 35 больнымъ былъ впрыскнутъ концентрированный растворъ (2,0 Aq. destill). Результатъ не отличался скольконибудь отъ разведенныхъ растворовъ при введеніи концентрированного раствора медленно втеченіи 3-хъ минутъ.

Клинически наиболѣе замѣтнымъ явленіемъ послѣ вливанія бываетъ тошнота и рвота. Изъ 120 вливаній рвота была отмѣчена у 86 человекъ (71%). Въ 15 случаяхъ рвота появлялась тотчасъ за впрыскиваніемъ. Ознобъ наблюдался у 60 т. е. у половины. Почти во всѣхъ случаяхъ сразу послѣ вливанія наблюдается повышение t^0 передъ наступленіемъ кризиса, вѣроятно вслѣдствіи растворенія спирохетъ. Явленія скольконибудь замѣтнаго отравленія за исключеніемъ одного случая со смертельнымъ исходомъ наблюдать не приходилось. Въ мочѣ часто находится бѣлокъ, который встрѣчается при recurrens и до введенія препарата въ кровь. Изъ 120 случаевъ одинъ былъ со смертельнымъ исходомъ. Больной погибъ черезъ 7 часовъ послѣ впрыскиванія 0,6 Neosalvarsana при явленіяхъ уремиической комы, больной былъ сильно истощенъ съ тяжелымъ раненіемъ въ бедро и начинающимся сепсисомъ.

Однажды я наблюдалъ абсцессъ селезенки, послѣдній былъ обнаруженъ до вливанія.

Тяжелые случаи сердечнаго коллапса, который часто бываетъ передъ самымъ кризисомъ или въ разгаръ его, не ухудшались послѣ вливанія препарата.

Для дифференціальной діагностики имѣетъ нѣкоторое значеніе картина крови: мною было проведено параллельно 4 случая *t. recurrens* и 4—*t. exanthematicus* по возможности съ перваго дня заболѣванія микроскопически; результаты оказались слѣдующіе: При *t. recurrens* въ первые 30 часовъ довольно сильно замѣтна лейкопенія, смѣняющаяся затѣмъ постояннымъ нарастаніемъ лейкоцитоза до кризиса—нейтрофиловъ съ неправильной формой ядра. При *t. exanthematicus* въ теченіи первой недѣли постепенное нарастаніе лейкопеніи. При малярии даже при отсутствіи въ периферической крови паразитовъ—базофильная зернистость красныхъ шариковъ, большое количество монуклеаровъ и лимфоцитозъ.

Для микроскопическаго изслѣдованія препаратовъ я пользовался обыкновеннымъ способомъ окрашиванія фуксиномъ. При отсутствіи иммерсионной системы въ микроскопѣ, можно съ большимъ успѣхомъ пользоваться способомъ „толстой капли“. Техника вливанія крайне несложна. Разведеніе препарата водой производится въ самой ампулѣ при помощи шприца.

Выводы.

1. Ординарное внутривенное впрыскиваніе Neosalvarsana или Arsenobenzola „Billon“ въ громаднымъ большинствѣ случаевъ даетъ болѣе или менѣе продолжительные возвраты лихорадки.

2. Однократное введеніе ввену Neosalvarsana въ дозахъ отъ 0,15 до 0,9 и Arsenobenzola въ дозахъ отъ 0,45—1,2 уничтожаетъ въ периферической крови спирохетъ, какъ вообще правило.

3. Всѣ возвраты лихорадки, послѣ введенія препарата въ кровь, какой бы высоты и интенсивности они не были и независимо отъ продолжительности аппирексии не даютъ микроскопически въ периферической крови спирохетъ.

4. Продолжительность аппирексии, интенсивность и продолжительность возврата зависятъ не только отъ силы инфекціи, но и отъ величины дозировки: чѣмъ выше доза, тѣмъ продолжительнѣе аппирексія и слабѣе періодъ возврата.

5. Лучшими терапевтическими дозами при однократномъ вливаніи являются для Neo 0,75, 0,9; для Arsenobenzola „Billon“ 0,9; 1,2;

6. Препарат Arsenobenzola „Billon“ въ моихъ наблюденіяхъ давалъ меньшій терапевтический эффектъ, чѣмъ Neosalvarsan Эрлиха.

7. Лучше всего производить вливаніе на 1 или 2-ой день приступа.

8. Черезъ 6—10 часовъ послѣ вливанія въ периферической крови спирохетъ не обнаруживается. Быстрота наступленія кризиса, послѣ вливанія зависитъ отъ дня приступа, когда было сдѣлано вливаніе: чѣмъ ближе къ естественному кризису, тѣмъ короче періодъ до наступленія кризиса отъ вливанія.

9. Результатъ впрыскиванія концентрированныхъ растворовъ двухграммовымъ шприцемъ даетъ такой же результатъ, какъ и разведенные растворы.

10. Для дифференціальной діагностики *t. recurrens*, *t. exanthematicus* и *malaria* можетъ служить морфологическая картина крови.

Läb irää kimised:

Dr. Liiu 1919 aasta kewadel andis Neosalvarsani pritsimine alati t^0 langemist, kuna 1920 a, weebruari ja märtsi kuul oli harwa palawiku langemist märgata.

Dr. Trusa. 1. Tartu sõjawäe haigemajas sai wiimasel ajal Neosalvarsan typhys recurrens'i juures tarwitatud. Järeldused olid peaaegu niisamasugused, kui Dr. Brönstedt ette tõi. Tahan aga tähelepanemist ühe juhtumise peale pöörata. Haigele halastaja õele sai 7-al päewal Neosalvarsani 0,6 sissepritsitud. Teisel päewal langes palawik. Seitsmendamal päewal pärast palawiku langemist tõusis ihukuumus 37,1 ja oli 37,1 — 37,3 wahel kolm päewa, kuna puls sel ajal 100 — 110 oli. Kolme päewa pärast oli ihu soojus harilik — 36,4 — 36,7. Seitsme päewa pärast kordus seesama juhtumine, ihu soojus tõusis 37,1 — 37,4 ja seisis 3 päewa, kuna puls 100 — 110 oli. Praegust on haigusest 20 päewa möödas ja teisi tõususi senijani ei ole olnud.

Dr. Ridnik. Neosalvarsani mõju seisab selles, et ta haiguse korduwait hoogusid, mis 7—8 wõiwad olla, kuni 3-ni wähendab. Kõrge palawiku kestwust, mis 5—6 päewa kestab, lühendab ta kuni 36 tunnini. Mis Neosalvarsani tarwitamise tehnikasse puutub, soowitan 10,0 spritziga teha, mis Neosalvarsani kaotust 0,1 — 0,01-ni wähendaks.

Dr. Kolpakow. Leian, et Neosalvarsani walada inimesele, kelle juures juba septicaemia tundemärgid olemas (nagu see aset leidnug referendi ühel juhtumisel) on täiesti tarwiduseta ja kasuta eksperiment. Salvarsani terapeutilise mõju kohta on minul pessimistiline waade wõib oll, et minul Salvarsani tarwitamise wõimalust wähe on olnud.

Dr. Tsitowitsch. Minu esimesed muljed Salvarsani tarwitamise juures korduwa soojatõbe juures olid head Saksa sõja ajal: wiimasel ajal ei ole naad enam nii head. Salvarsan ei hoi a hoo korduwuse eest jø ei anna immunität, i seega ei hoi a haiguse korduwuse eest. Nii ei ole Ehrlich'i lootus „Therapia magna sterilisans'i“ kohta mitte täide läinud. Salvarsani mõjus ei tule nähtawale spesiifilisi iseäraldusi, mis teda teimest arsenpräparaatidest eraldab, kuid tema wähe mürgi mõju põhjal wõib teda suuremates dosis'tes tarwitada. Prochorow tarwitas Natr. kakodylicum'i 0,1 Klo. kaalu peale ja sai häid tagajärgi syphilise juures, — wõib olla, et niisuguste dosis'tega wõib ka spirillisi kadumiseni wiia. Seda silmas pidades, et hoo lõpupoole organismuses töötatakse ka ilma rohtudeta spirochaetolytilisi kaitseolluseid — wõib olla on õigem, kui referent oleks tarwitanud Salvarsani hoo wiimastel päewadel — siis oleks immunkehakeste ja salvarsani ühise mõju läbi, wõib olla, saadud püsiw terapeutiline efekt. See oletus leiab põhjendust selles asjaolus, mida referent ja ka mina tähelepannud, et kui Salvarsani pritsida esimisel päewadel, siis tuleb kriis alles 24—48 ja rohkem tundide järele kui aga Salvarsani hoo wiimastel päewadel, siis tuleb kriis 6—8 tunni järele, ja korduwused nendel juhtumistel järgnewad alles 14—20 päewa järele ja mitte rohkem, kui üks kord. Spirochaeta'de puudumine hoo kordumise juures peale Salvarsani tarwitamise ei wõi kindlasti ainult Salvarsani mõjule kirjutada, sest ka täide kehas ja haigete seerumis, kui neid anaerobilistes tingimistes (waseliniga määratud präparaadis katteklaasi all paraboloid kondensatori peal) wõib spirillide kadumist tähele panna; nende uuesti tekkimine sünnib 7—9 päewa järele, alguses lühikeste peenikeste kujudena, millest pärast poole täielikud wormid kujunewad. Selle juures ei kaota weri spirillide puudumise ajajärgus oma külgehakkawuse wõimu — nähtawaste on see parasiidi üks arenemise stadium. Mina ei wõi Dr. Kolpakow'i pessimismi Salvarsani tarwitamise suhtes korduwa soetõbe juures jagada. On õigem, et ühekordne tarwitamine weel ei anna püsiwat terwenemist, kuid seesama nähtus syphilise juures ei takista weel Salvarsani selle haiguse juures tarwitamast. Kui „individual“ terapeutiline abinõu, jääb

Salvarsan mõjuvaks võitluse meetodiks haiguste vastu; kuigi ta immunitäati ei anna, ei tule teda mitte lugeda antiepidemiliseks abinõuks, kui ta võimalik ei ole teda tõsise desinsektsiooniga kombineerida.

Dr. Oldekop toob tõenduseks, et üks üksik Novoarsenobenzoli sissepritsimine isegi suures doosis haiguse käigu peale vähe mõjub, ühte näitust oma praktikast: Sõdur R. sai peale Recurrens'i hoogu Narvast ewakueeritud ja Juhkentali haigemajasse mahutatnd 19. 2. s. a. Temperatuur, esialgu normaalne, tõuseb 24. 2. järsku kuni 40°; järgmisel päeval ka 40°; saab võetud wereproov, mille sees leidub Obermeier'i spirochaeted. 26. 2. tõuseb t° kuni 40, 4°; 27. 2. saab kubitaal weresoonesse pritsitud 0, 9 Novoarsenobenzol (Billon) t° sellel päeval kuni 40, 2°. Peale pritsimist kange reaktsioon: väga kange peavalu, oksendamine, suured walud liikmete sees, kange higistamine. Temperatuur langeb järgmisel päeval kuni 36, 0° — 36, 4°. Peavalu ja liikmete valu kestavad edasi 1. 3. tähendab kolmandal päeval peale pritsimist hakkab temperatuur jälle kerkima (37, 5°), järgmisel päeval 2. 3. tõuseb ta kuni 39° ja 3-al märtsil on ta juba 40°, siis 39, 4°, 39, 2° ja 6. märtsil on ta jälle normaalne. Üks nädal peale 3-at hoogu tuli veel 4-as ja pärast veel viies hoog. Meie näeme niiwiisi, et üksik Novoarsenobenz. pritsimine, kui tema ka ühte Recurrens'i hoogu kuppeerida võib, siiski tuntawalt haiguse käiku ei muuda.

О лейкоцитозъ у сыпнотифозныхъ и новыхъ приемахъ въ діагностикъ этой болъзни.

Д-ръ Цитовичъ.

Мировая война 1914—1918 годовъ имѣла однимъ изъ послѣдствій значительное развитие инфекционныхъ заболѣваній какъ уже извѣстныхъ, такъ и новыхъ. Въ частности заболѣванія сыпнымъ тифомъ, болъзни почти не встрѣчавшейся на западѣ — въ Германіи и Австріи, знакомой врачамъ этихъ странъ лишь по книгамъ, а въ тоже время недоступной дѣйствительно объективному діагнозу — установленію возбудителя болъзни — вызвали къ жизни многочисленныя изслѣдованія этой инфекции. Въ настоящемъ докладѣ я хотѣлъ бы сообщить лишь нѣкоторыя практическія приемы діагностики сып. т. и поэтому воздерживаясь отъ обзора литературныхъ данныхъ, суммирую лишь результаты изслѣдованій, произведенныхъ въ завѣдуемой мною лабораторіи.

Наибольшее распространение получила реакція „Вейль-Феликса“. Въ 1916 году эти авторы выдѣлили изъ мочи и крови сыпнотифознаго больного палочку, которая по своимъ биологическимъ свойствамъ должна быть отнесена къ виду бактерій „Протеус.“ Одинъ изъ штаммовъ этой бактерій, названный X19 далъ наиболѣе прочную и часто встрѣчающуюся реакцію агглютинаціи съ сывороткой сыпнотифозныхъ больныхъ, и въ виду этого былъ предложенъ для діагностическихъ цѣлей. Выдѣлить эту палочку изъ крови больныхъ удается довольно рѣдко (12%); кровь здоровыхъ также даетъ агглютинацію при разведеніи 1:25, 1:40, такъ что діагностическое значеніе имѣетъ лишь агглютинація ихъ при разведеніи 1:50 и выше. Наблюденія результата реакціи, техника которой не отличается отъ реакціи Видаля при тифѣ брюш., рекомендуется производить микроскопически послѣ стоянія пробирокъ 2 часа въ термостатѣ (37°) и два-четыре часа на холоду, провѣрять пробу и микроскопически. Сыворотка больныхъ приобрѣтаетъ склеивающія свойства на 5—6 день заболѣванія; высшій титр разведенія полученъ Оттингеромъ — 1:50000 съ сывороткой умершаго. Реакція держится до 2 мѣсяцевъ (63%). Для реакціи можно пользоваться взвѣсью убитыхъ культуръ подобно Тифусдіагностикумъ Фикера. Результаты изслѣдованій представлены на таблицахъ № I и III.

Какова причина появленія этой реакціи и каково отношеніе Б. Протеусъ какъ возбудителю сыпного тифа.

Фридбергеръ, высказывая взглядъ, что подъ понятіе сыпного тифа подводятся въ сущности нѣсколько индентичныхъ заболѣваній съ различной этиологіей, полагаетъ что для одного изъ видовъ этихъ „сыпныхъ тифовъ.“ палочка Вейль-Феликса является возбудителемъ. Большинство однако не согласно съ мнѣніемъ Фридбергера. Мнѣ кажется, что нѣтъ нужды расчленить искусственно вполнѣ опредѣленное клиническое понятіе сыпного тифа, для того чтобы объяснить появленіе реакціи Вейль-Великса. Бац. Протеусъ — обычный обитатель кишечника человѣка; это представитель группы анаэробнаго расщепленія бѣлковъ, имѣющей въ кишечникѣ. Вполнѣ возможно что возбудитель сыпного тифа, находящійся по изслѣдованіямъ Николля въ лейкоцитахъ, уменьшая ихъ борьбу съ аутоинфекціей изъ кишечника, даетъ толчокъ къ усиленному развитію Протея и способствуетъ проникновенію этого микроба въ кровь, какъ проникаютъ туда многіе другіе микробы, улавливаемые у сыпнотифозныхъ различными авторами, предполагавшими въ нихъ возбудителей болъзни. Это подтверждается еще и тѣмъ, что черезъ нѣсколько дней послѣ паденія температуры калъ и въ особенности моча можетъ содержать колоссальныя колич. Бац. Протеуса — это организмъ, справившись съ основнымъ заболѣваніемъ — сып. тифомъ, освобождается и отъ вторичныхъ-добавочныхъ вредностей. Значеніе реакціи не абсолютно, но при появленіи первыхъ случаевъ, при началѣ эпидеміи, и въ особенности для ретро-спективного діагноза можетъ быть весьма значительнымъ.

Число случаев.

Вторая реакция, получившая распространение — реакция „Винера“. Ея техника следующая: Берутся: 2,0 мочи (свѣжей), 2,0 эфира, 3 капли раствора Дженнера и 1 капля раствора марганцевокислого калия 1:100. Сначала смѣшиваютъ, взбалтывая безъ пѣны мочу и эфиръ, затѣмъ прибавляютъ Дженнера а послѣ — мар. калий и смѣшиваютъ. Въ положительномъ случаѣ окраска мочи зеленая (эфиръ долженъ остаться прозрачнымъ, неокрашеннымъ), въ отрицательномъ — моча голубовато-зеленая или синяя. Реакція эта, какъ и реакція Вейль-Феликса не специфична Она констатируетъ только накопление въ мочѣ тѣлъ типа индикана, продуктовъ неполнаго распада бѣлковъ и требуетъ постоянной провѣрки реактива, путемъ контрольной реакціи съ завѣдомо сыпнотифозной кровью; ибо на ея результаты вліяетъ и качество краски, и чистота метилового спирта, въ которомъ растворена краска, и свѣжесть раствора марганцевокислого калия.

Тѣмъ не менѣе, какъ видно изъ таблицы, она можетъ имѣть діагностическое значеніе, и за отсутствіемъ объективныхъ діагностическихъ приѣмовъ должна быть примѣняема въ дополненіе къ клиническому изслѣдованію.

Наконецъ третій діагностическій приѣмъ — искусственное усиленіе часто смазанной и мало замѣтной сыпи Френкель дѣлалъ съ помощью бинта, накладываемаго на предплечье, видными розеолами на 53 день болѣзни и на 38 день послѣ паденія лихорадки. Жанъ-Пріор. предложилъ накладывать эластическій бинтъ, или лучше сдавливать предплечье рукой въ теченіи 1½ минуты — при этомъ розеола дѣлаются ясно замѣтными. Результаты этого способа представлены на таблицѣ.

Получившія также распространение работами гл. обр. русскихъ авторовъ паталогистологическія распознавательныя приѣмы (пригодныя и для прижизненной постановки діагноза) — намѣренно опускаю, какъ недоступныя врачамъ практикамъ, въ особенности въ условіяхъ военной работы. и перехожу къ четвертому способу — клиническому изслѣдованію крови.

Лейкоцитозъ у сыпнотифозныхъ.

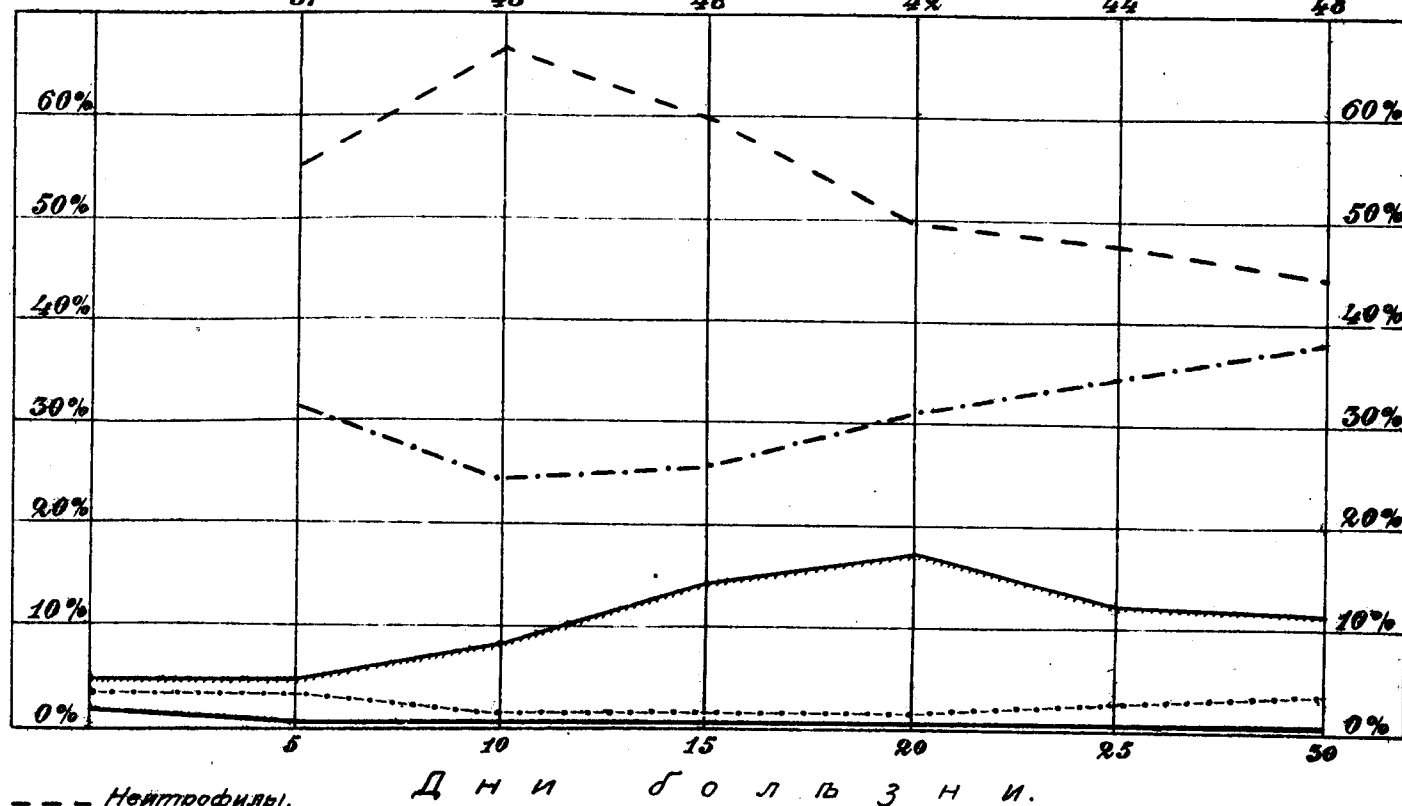
Борьба двухъ теорій иммунитета, фагоцитарной и гуморальной, тянущаяся въ продолженіи 50-ти послѣднихъ лѣтъ, заканчивается повидимому компромиссомъ. Явленія иммунитета имѣютъ въ однихъ случаяхъ въ основѣ своей дѣятельности лейкоцитозъ, въ другихъ базируются на свойствахъ плазмы крови и сыворотки; и слѣдовательно какъ тѣ так и другія должны быть объектомъ изученія въ паталогіи и бактериологіи.

По отношенію къ сыпному тифу кромѣ этихъ общихъ причинъ, паталогія крови въ частности лейкоцитовъ привлекаетъ особое вниманіе, т. к. эти послѣдніе являюся главными носителями неизвѣстнаго намъ возбудителя сыпного тифа, какъ это было уже въ 1906 г. установлено опытами Николля и другими.

Многочисленные авторы указываютъ на измѣненіе лейкоцитарной формулы и общаго числа лейкоцитовъ при сыпномъ тифѣ. Между ними слѣдуетъ отмѣтить работы послѣднихъ лѣтъ — Линднера, Рабиновича, Отто Шиллинга и др., описывающихъ характерныя для тифа измѣненія и признающихъ за ними значительную діагностическую цѣнность. Эти измѣненія сводятся въ общемъ къ слѣдующему 1. Гиперлейкоцитозъ во второй половинѣ болѣзни — лейкопенія въ первой 2) Увеличеніе во второй половинѣ лимфоцитовъ, мононуклеаровъ и 3) появленіе атипическихъ формъ — клѣтки Тюрка и т. д.

Мною была предпринята провѣрка этихъ данныхъ, результаты которой и приводятся ниже. Приводимый мною матеріалъ представляетъ сводку обычныхъ изслѣдованій крови — счетъ лейкоцитовъ въ камерѣ Цейсса съ послѣдующимъ опредѣленіемъ %% содержанія и гистологической картины на сухихъ препаратахъ, окрашенныхъ по Гимса, а большая часть изслѣдованій начата лишь на 5-ый день болѣзни съ предполагаемаго начала болѣзни вслѣдствіе особыхъ условій поступленія больныхъ въ лечебное заведеніе и повторялась каждый 5-ый день до 30 дня заболѣванія, т. е. до 6—10 дня послѣ паденія температуры. Случаи съ атипическимъ теченіемъ, осложненіями мною откинута, изъ всѣхъ случаевъ, приходившихся на данный день болѣзни выведены среднія цифры, которыя и собраны въ прилагаемая таблицы Лейкоциты по наиболѣе распространенной въ настоящее время классификаціи — Максимова — Паппенгейма мной дѣлились на

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1. Незернистые лейкоциты, въ свою очередь распределенные на двѣ группы | } въ нормальной крови. |
| А) Лимфоциты (большіе и малые) 20 — 22 % | |
| Б) Моноциты и переходные формы 5 — 7 % | } |
| 2. Зернистые — гранулоциты | |
| А) Зоиофильные 2 — 7 % | |
| Б) Базофильные 1/2 — 1 % | |
| В) Нейтрофилы 65 — 70 % | |

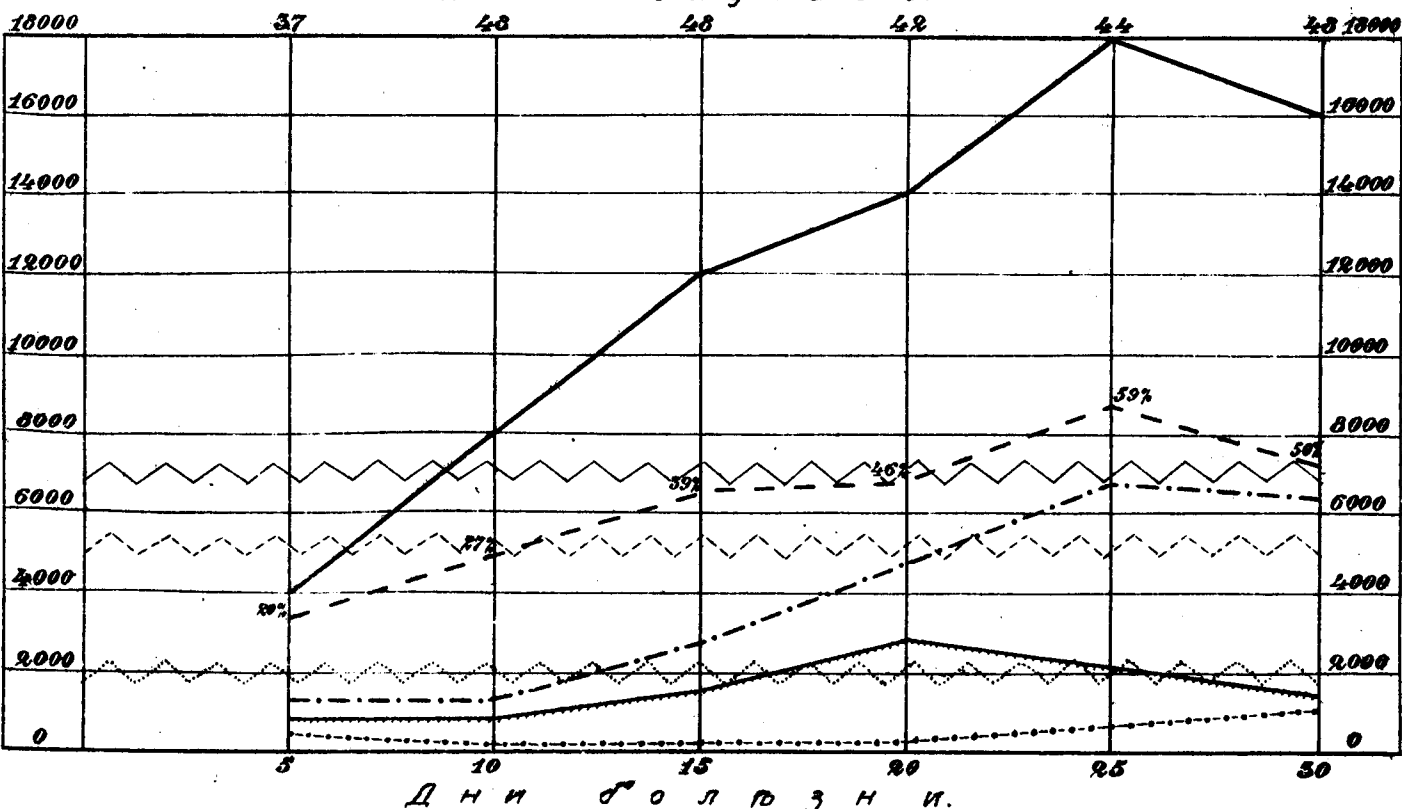


--- Нейтрофилы.
 -.-.- Лимфоциты.
 ===== Мононуклеары.
 Зоинофилы.
 ————— Базофилы.

Лейкоцитоз у сыпнотифозных.

Число случаев.

Мною была предпринята провѣрка этихъ данныхъ, результаты которой и приводятся ниже. Приводимый мною матеріалъ представляетъ сводку обычныхъ изслѣдованій крови — счетъ лейкоцитовъ въ камерѣ Цейсса съ послѣдующимъ опредѣленіемъ %% содержанія и гистологической картины на сухихъ препаратахъ, окрашенныхъ по Гимса, а большая часть изслѣдованій начата лишь на 5-ый день болѣзни съ предполагаемаго начала болѣзни вслѣдствіе особыхъ условій поступленія больныхъ въ лечебное заведеніе и повторялась каждый 5-ый день до 30 дня заболѣванія, т. е. до 6—10 дня послѣ паденія температуры. Случаи съ атипическимъ теченіемъ, осложненіями мною откинута, изъ всѣхъ случаевъ, приходившихся на данный день болѣзни выведены среднія цифры, которыя и собраны въ прилагаемая таблицы Лейкоциты по наиболѣе распространенной въ настоящее время классификаціи — Максимова — Паппенгейма мной дѣлились на

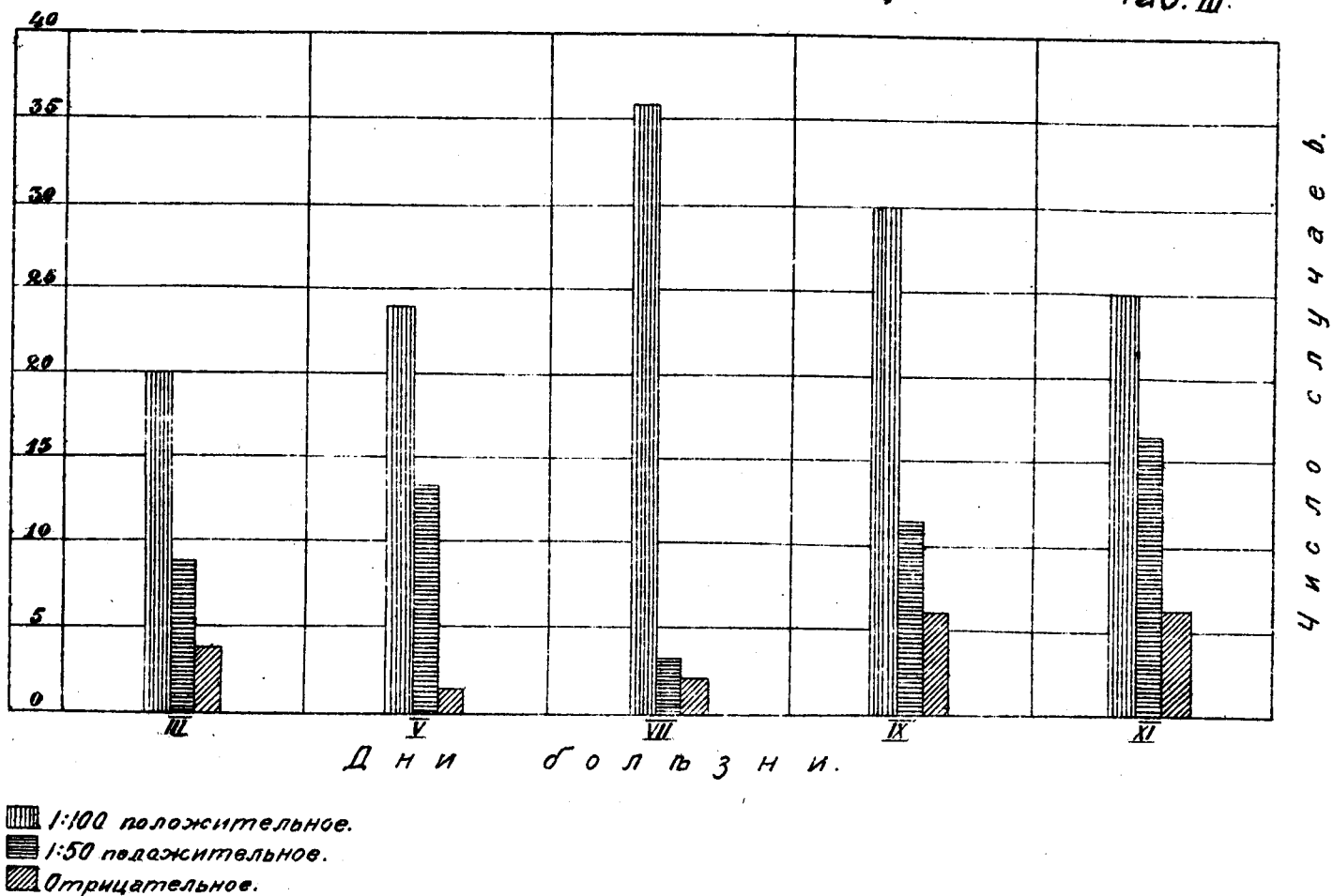


--- Нейтрофилы.
 -.-.- Лимфоциты.
 ===== Мононуклеары.
 Зоинофилы.
 ————— Общее число всехъ лейкоцитовъ.
 - - - - - Нормальное число для лейкоцитовъ.
 - - - - - Нормальное число для нейтрофиловъ.
 - - - - - Нормальное число для лимфоцитовъ.

% цифры указывают число „клеток Арнетъа.“

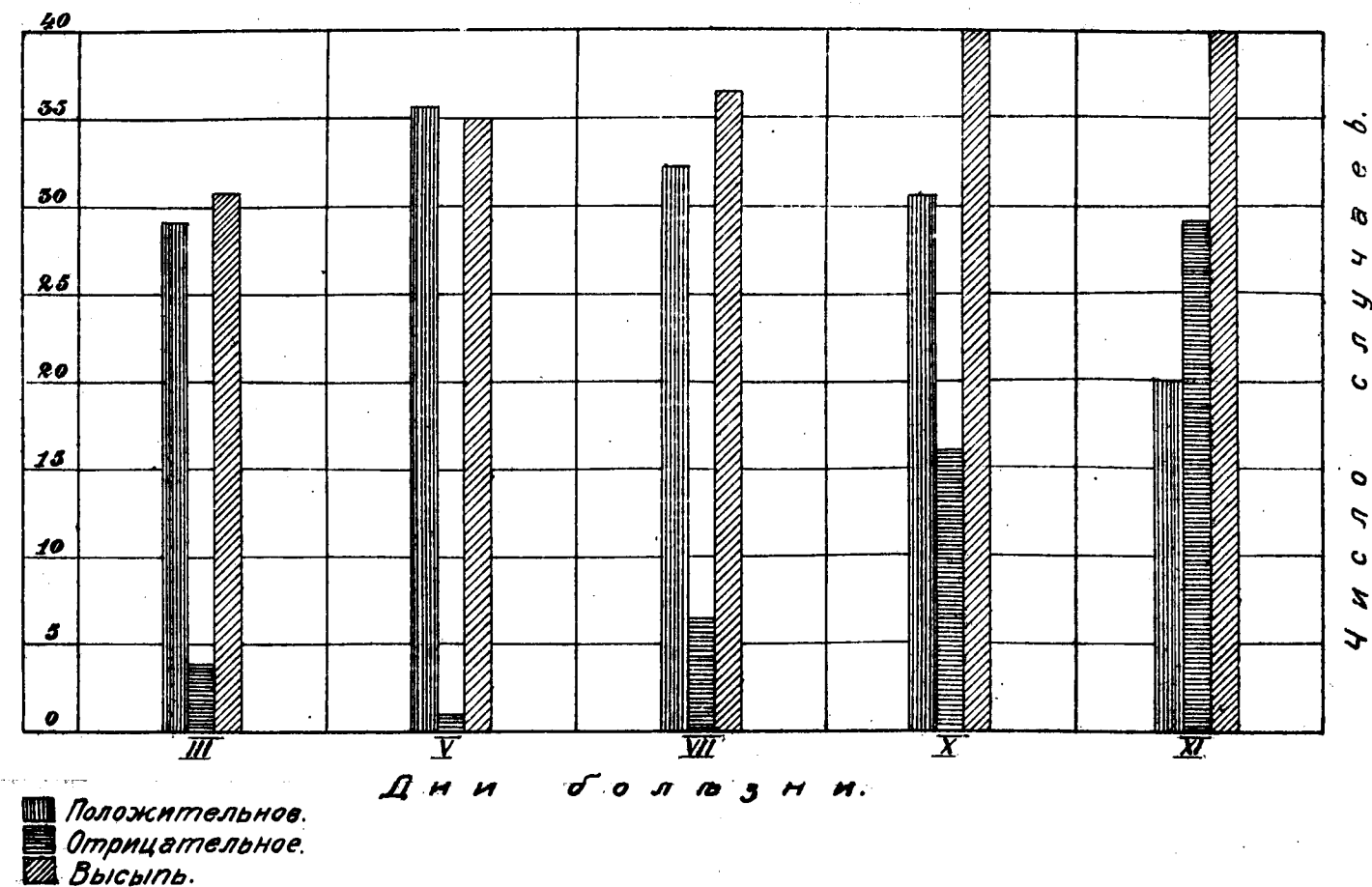
Реакція Вейль Феликса.

Таб. III.



Реакція Винера.

Таб. IV.



Общее число лейкоцитовъ въ 1 к. м. принимается равнымъ 7—9000 шт. въ виду того что при измѣненіяхъ общаго числа лейкоцитовъ соотношенія между отдѣльными формами ихъ не могутъ быть достаточно выяснены вычисленіемъ % отношенія, я перечислилъ эти послѣднія въ абсолютныя цифры въ соотвѣтствіи съ общимъ количествомъ бѣлыхъ кр. тѣлецъ. Результаты этихъ вычисленій представлены на таблицахъ № 1 и 2-ой.

Измѣненія соотношеній лейкоцитовъ, представленныя на таблицахъ указываютъ съ несомнѣнностью на значительныя процессы дегенерации и регенерации. На пятый день нейтрофиловъ всего 58%, къ десятому дню болѣзни число ихъ подымается до нормы, а затѣмъ вновь опускается и на 30 день заболѣванія стоитъ даже ниже пятидесяти %%. Лимфоцитовъ въ началѣ больше—около 30% вмѣсто 20—22% обычныхъ. При наростаніи нейтрофиловъ число лимфоцитовъ понижается а потомъ постепенно повышаясь доходить до 40% всѣхъ бѣлыхъ шариковъ. Моноциты достигаютъ значительныхъ цифръ — 20% причѣмъ высшая точка ихъ кривой приходится на ближайшіе дни послѣ паденія температуры. Эозинофилы втеченіе второй и отчасти третьей недѣли исчезаютъ. Еще болѣе рельефно сказываются эти измѣненія на таблицѣ съ абсолютными цифрами:

На 5-й день здѣсь констатируется лейкопенія, на 10-ый число лейкоцитовъ достигаетъ нормы и продолжаетъ затѣмъ расти до 25 дня болѣзни, послѣ чего постепенно падаетъ. Кривая „нейтрофиловъ“ повторяетъ до извѣстной степени типъ кривой общаго количества лейкоцитовъ, но подъемъ ея гораздо болѣе отлогій и такъ какъ на высшей своей точкѣ число лейкоцитовъ нейтрофильныхъ превышаетъ цифру на пятый день болѣзни лишь въ два раза, въ то время какъ общее число бѣлыхъ тѣлецъ наростаетъ въ три раза, можно заключить, что причину общаго гиперлейкоцитоза являются не обычные для него нейтрофилы а инныя формы тѣлецъ. Дѣйствительно, кривая лимфоцитовъ въ значительно большей степени повторяетъ кривую общаго числа лейкоцитовъ. Въ началѣ содержаніе ихъ лишь немного менѣе нормальнаго, затѣмъ начинается рѣзкій подъемъ благодаря которому лимфоцитовъ достигаетъ цифръ 7000 тысячъ въ 1. к. с. т. е. почти въ три раза болѣе нормы. Довольно рѣзко сказывается и увеличеніе моноцитовъ—съ 500 шт. до 3000 тыс. на 20 день болѣзни.

Каковы могутъ быть объясненія этихъ фактовъ на основаніи существующаго ученія о патологіи крови?

I. Мы знаемъ, какъ общее правило, что лейкоциты въ зависимости отъ характера инфекціи, отъ особенностей выдѣляемыхъ бактеріями тропиновъ или антифагиновъ то устремляются къ мѣсту инфекціи, для борьбы съ нею путемъ фагоцитоза, то наоборотъ, бѣгутъ отъ нея—или б. м. только исчезаютъ изъ периферической кровеносной системы и тогда вступаютъ въ дѣйствіе другіе—болѣе сложные механизмы иммунитета. И въ этихъ послѣднихъ случаяхъ отсутствіе фагоцитовъ въ циркулирующей крови, отрицательный лейкоцитозъ даетъ возможность инфекціи проявить свое дѣйствіе на организмъ (пнеймококкъ, сибир, язва). Если вспомнить, что возбудитель сыпного тифа попадаетъ въ периферич. кровь, что скорость развитія заболѣванія, время инкубационнаго періода находится въ зависимости отъ колич. укусовъ т. е. отъ колич. возбудителей (это самое естеств. предположеніе, хотя бытъ можетъ тутъ играть роль и то или иное состояніе и стадія развитія этого возбудителя, въ тѣлѣ вши) мы имѣемъ право предположить что лейкопенія въ началѣ сыпного тифа обуславливается лейкотоксинами этой инфекціи. Съ другой стороны, принявъ во вниманіе нахожденіе возбудителя заразы въ лейкоцитахъ, естественно предположить, что вначалѣ заболѣванія, когда возбудитель тифа размножается и беретъ еще вверхъ надъ организмомъ, бѣлыя тѣльца въ которыхъ онъ находится, усиленно разрушаются. Если это предположеніе правильно, то можно думать, что мѣстомъ пребыванія инфекціи будутъ нейтрофилы, ибо на нихъ лейкопенія болѣе всего замѣтна. Наконецъ, причину относительной недостахи въ нейтрофилахъ въ началѣ тифа будетъ еще и то что зернистые лейкоциты представляютъ собою вполне созрѣвшую, законченную клѣтку, попадаютъ въ кровь обычно только въ зрѣломъ видѣ. Лимфоциты же напротивъ того клѣтка мало дифференцированная, съ большимъ запасомъ потенціальной энергіи и скопленія ихъ въ лимфатич. узлахъ безконечны. Слѣдовательно поступаетъ въ периферическую кровь изъ резервныхъ запасовъ лимфоциты могутъ немедленно, а лейкоциты позднѣе дѣйствительно на 10 день соотношеніе между этими формами приближается снова къ нормѣ. Но начавшійся лейкоцитозъ не останавливается на 10 день, а продолжается нѣсколько дней и послѣ паденія температуры—что находится въ соотвѣтствіи съ извѣстнымъ фактомъ заразительности сыпнотифознаго больного и послѣ паденія температуры въ теченіе нѣсколькихъ дней. Самъ по себѣ этотъ гиперлейкоцитозъ не представляетъ чего либо специфическаго, но разбираясь въ лейкоцитарной формулѣ удастся установить болѣе опредѣ-

ленные картины состоянія кровяной ткани. Вторичная нейтропенія, отмѣчающаяся на табл. № 1 только кажущуюся, ибо переводя ее на абсолютные цифры (Табл. № 2) мы видимъ, что приростъ лейкоцитовъ этой формации поднявшись нѣсколько выше нормы на 10—15 день остается почти на той же высотѣ до конца болѣзни. Между тѣмъ лимфоциты, которыхъ въ первые дни было нормальное количество рѣзко нарастаютъ — это говорить за то, что именно въ лимфоцитахъ лежитъ основа реакціи организма на инфекцію.

Необходимо отмѣтить еще одну особенность нейтрофиловъ при сыпномъ тифѣ. Согласно видоизмененному ученію Арнета, Паппенгейма, Сооненберга и Шиллинг-Тогау нейтрофилы раздѣляются на болѣе молодыя формы съ неразвѣтвленными, несегментированными, пластинчатымъ ядромъ, тогда какъ болѣе зрѣлые, старые, отживающіе элементы имѣютъ 3—6 сегментовъ (б. м. сегменты вызываютъ діapedизисъ лейкоцитовъ черезъ межклеточныя щели капилляровъ, ибо подъ микроскопомъ при этомъ наблюдаются рѣзкія измѣненія ядра: тѣ изъ лейкоцитовъ, которые много разъ діapedизировали имѣютъ и наиболѣе сложный контуръ ядра—они естественнѣе старше и по возрасту). Исходя изъ этого взгляда наличность большаго чѣмъ въ нормѣ (4%) количества лейкоцитовъ 1-го класса указываетъ, что идетъ дѣятельная смѣна поколѣній лейкоцитовъ, что болѣе зрѣлые погибли а изъ кроветворныхъ органовъ появились новые молодые клетки. Это явленіе съ достаточной опредѣленностью констатируется и при сыпномъ тифѣ—% лейкоцитовъ 1-го класса нарастаетъ съ 20% на пятый день болѣзни до 55%.

Соотношеніе между ядромъ протоплазмы для опредѣленнаго вида клетокъ есть величина постоянная (Кернплазмрелатіонъ Гертвина) при созрѣваніи ядра оно увеличивается въ размѣрахъ медленнѣе, нежели протоплазма, вслѣдствіе чего создается такъ называемое „напряженіе роста ядра“ (кернплазмашпаннунгъ). Констатируя у сыпнотифозныхъ обиліе клетокъ Арнета Классъ 1-ый мы убѣждаемся, что въ отличіе отъ нормальнаго состава ядеръ лейкоцитовъ, ихъ развитіе отстаетъ — отстаетъ въ развитіи всякій растущій организмъ, которому приходится расходовать энергію и на борьбу съ болѣзнію и на ростъ. Интересно отмѣтить, что прямые опыты съ культивированіемъ протозоа при низкой температурѣ дали увеличенія ядеръ выше нормы. Быть можетъ высокая температура дѣйствуетъ обратнымъ образомъ и съ этимъ дѣйствіемъ мы и встрѣчаемся, констатируя недоразвитіе ядеръ лейкоцитовъ. Во всякомъ случаѣ это еще разъ подтверждаетъ предположеніе о нахожденіи заразнаго начала въ лейкоцитахъ и нейтрофилахъ.

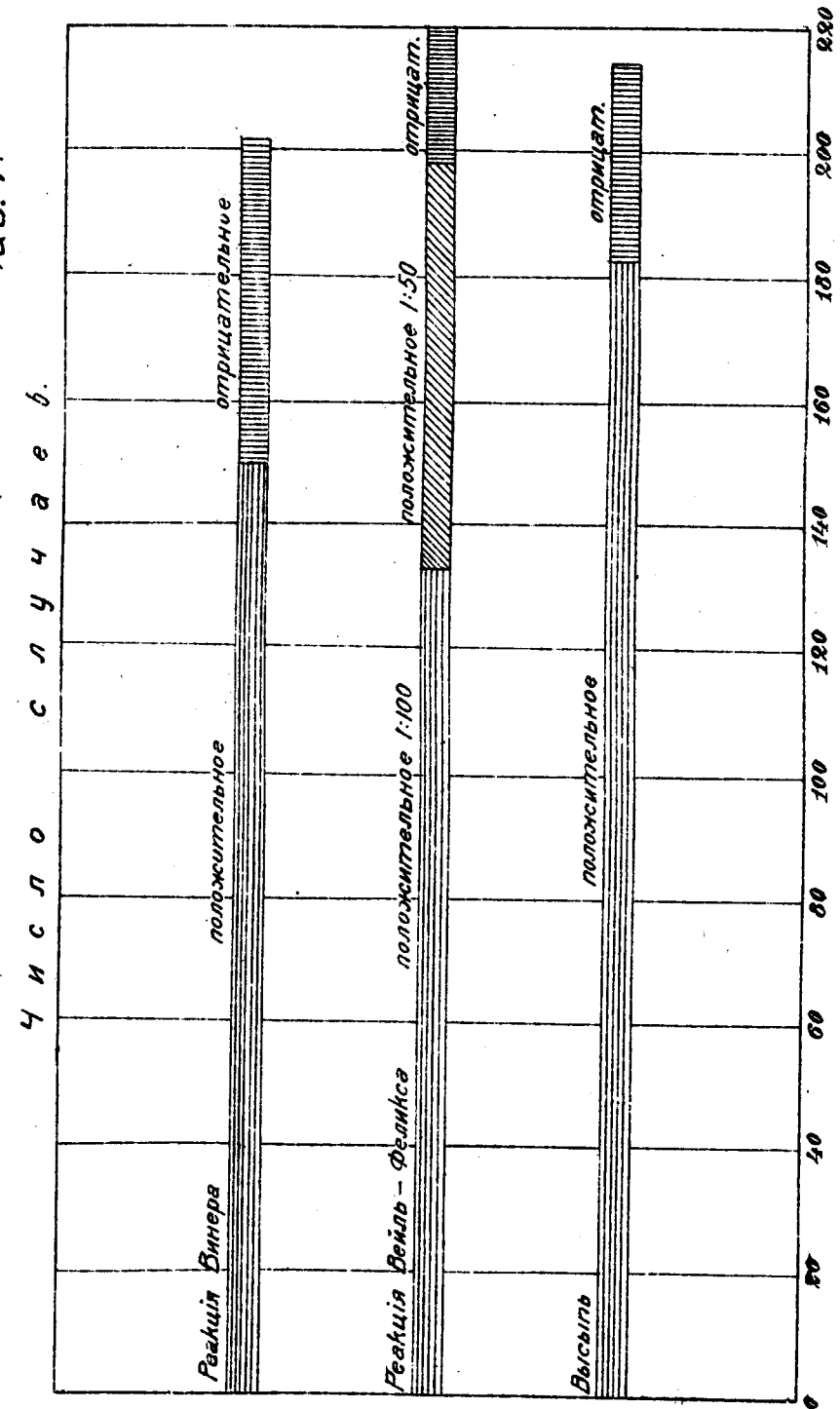
Чрезвычайно важную роль играютъ видимо Мононуклеары. Они увеличиваются къ моменту нарастанія температуры (максимумъ моноцитоза падаетъ на 10 день) и быстро спадаютъ съ паденіемъ температуры, хотя относительно ихъ все же болѣе нормальнаго количества. Измѣненія ихъ были бы еще болѣе рельефны, если принять во вниманіе всѣ дегенерирующіе формы, формы почти лишенные протоплазмы, съ уродливо растянувшимся, почти неокрашивающимся ядромъ, утратившими свою типичную форму овала или кренделя (для переходныхъ формъ) съ вакуолями и угловатыми зернами. Этихъ формъ встрѣчается иногда больше чѣмъ всѣхъ лейкоцитовъ вмѣстѣ взятыхъ и этой наклонностью къ разрушенію, этой атипичной для нихъ нестойкостью объясняется и скорое исчезновеніе ихъ изъ крови.

Въ тѣхъ изъ нихъ, что сохранились безрегенеративныхъ измѣненій не часто но при достаточно внимательныхъ поискахъ, на каждомъ препаратѣ можно найти въ протоплазмѣ какія-то включенія въ видѣ различной величины зеренъ, по большей части кругловатой формы, окрашивающихся наиболѣе рѣзко при употребленіи подщелоченной поташемъ краски Гимса. Эти включенія трудно смѣшать съ ядромъ въ случаѣ полиморфности послѣдняго, ибо ядро у всѣхъ лейкоцитовъ достаточно рѣзко отдѣляется отъ протоплазмы ядерной оболочкой, которой у этихъ включеній незамѣтно, во-вторыхъ же потому что ядро даже при самыхъ причудливыхъ формахъ его не даетъ такихъ мелкихъ отщипуваній (только въ случаѣ каріорексиса) и благодаря эластичности оболочки не образуетъ угловатыхъ выступовъ.

Смѣшивать ихъ съ центріолями также затруднительно, ибо эти послѣднія не красятся Гимсой, и расположенной въ киноцентрѣ клетки, совпадающимъ обычно для лейкоцитовъ съ ихъ геометрическимъ центромъ, вслѣдствіе чего центріоли располагаются во вдавленія ядра около центра клетки; центріоли обычно двойныя и имѣютъ сферу и т. д.

Отъ хондріозомъ эти включенія отличается количествомъ ихъ обычно не больше 2—3, сравнительно большими размѣрами (для хондріозомъ) не растворимостью въ спиртѣ — эфирѣ (хондріозомы какъ извѣстно относятся къ липоидамъ и не обнаруживаются при фиксаціи растворителями этихъ веществъ). Наконецъ хромидіи у Метазоа подвергаются большому сомнѣнію, приравниваются хондріозомамъ и отпадаютъ по тѣмъ же основаніямъ.

Табл. V.
Сыпной тиф.



Такимъ образомъ эти включенія не могутъ быть съ достовѣрностью отнесены къ какому либо органоиду протоплазмы нормальной клѣтки. Остается однако вопросомъ будущаго специфичность ихъ для сыпного тифа. Начиная съ „включений“ описанныхъ въ 1913 г. Провачекомъ рядъ авторовъ подтвердили наличность ихъ въ лейкоцитахъ и мононуклеарахъ у сыпнотифозныхъ больныхъ. Таковыя напр. наблюденія Липшютца, Дорендорфа, Заболотнаго. Въ послѣднее время проф. Розенбергъ опубликовалъ рядъ наблюдений надъ включеніями, причемъ ему удалось добиться и специальной окраски, отличной отъ окраски ядеръ, а также получить ростъ означенныхъ образований внѣ живого организма. Я не буду останавливаться на подробностяхъ этихъ работъ, ибо они имѣютъ пока лишь значеніе для специалистовъ и не могутъ быть съ пользою примѣнены въ каждомъ затруднительномъ для діагноза случаѣ, подобно изслѣдованіями при брюшномъ или возвратномъ тифѣ. Воздержусь по тѣмъ же причинамъ отъ перечисленія многихъ бактерій, „возбудителей“ сыпного тифа, описанныхъ за истекшіе года; ибо несомнѣнно, что дѣйствительно всѣ означенныя бактеріи были выдѣлены изъ крови сыпнотифозныхъ, но столь же несомнѣнно, что находились они тамъ вслѣдствіе ослабленія защитныхъ приспособленій организма подвергшагося тяжелому заболѣванію, и отнюдь не могутъ быть признаны возбудителями сыпного тифа, а источникомъ ихъ является по большей части кишечникъ— какъ это можно подтвердить примѣромъ Бацилла Протеуса X. 19.

Резюмируя все вышеизложенное мы имѣемъ право сказать, что эпидеміи сыпного тифа въ прошедшую войну внесли не мало новаго въ вопросы эпидіологіи и діагностики сыпного тифа. Реакція Вейль-Феликса даетъ намъ возможность въ значительномъ % случаевъ поставить даже ретроспективный діагнозъ, важность котораго въ началѣ эпидеміи, при появленіи первыхъ случаевъ заболѣванія, общеизвѣстна. Реакція Винера даетъ намъ, подтвержденіе характера заболѣванія въ сомнительныхъ случаяхъ (напр. безъ выраженной сыпи) измѣненія лейкоцитоза, соединяя достоинства первыхъ двухъ діагностическихъ приемовъ, даетъ намъ возможность проникнуть до извѣстной степени въ сущность патогенеза болѣзни, и открывая такимъ образомъ пути къ дальнѣйшему изученію ея, даетъ надежду добиться правильнаго разрѣшенія вопросовъ ея этиологіи, а слѣдовательно эпидеміологіи, профилактики и терапіи.

Не требуется, думается другихъ доказательствъ важности и необходимости дальнѣйшихъ изслѣдованій патологіи крови при сыпномъ тифѣ, ибо какъ бы не были эффектны героическіе приемы современной „эмпирической“ серотерапіи и вакцинаціи при сыпномъ тифѣ какая бы не сообщалась обнадеживающая статистика, мы не сможемъ даже подойти къ правильной постановкѣ специфической терапіи этой болѣзни, пока не разберемся въ основахъ ея патогенеза.

Põrna haiguste operatiivlisest rawitsemisest (haige demonstreerimisega),

Ettekantud Eesti Sõjawäe arstide teaduslisel koosolekul 6 juulil 1920 a.

Dr. W. Krause.

See asjaolu, et 3–4 kuu jooksul Sõjawäe haigemajades, Tartus ja Tallinnas on opereeritud eduga 3 haiget, kes kannatasid põrna haiguste all, sundis mind ühes opereeritud haige demonstreerimisega üksikasjalisemalt peatada põrna hirurgial, kui sõrdlemisi uuel alal, millel oma teaduslik huvi ei puudu. Kui *Küchler* Darmstadt'ist 1884 ära löikas hüpertrofeeritud malaaria põrna, mis lõppes halvasti, siis hää hulka soolidseid hirurgid — *Simon*'iga eesotsas, süüdistasid teda, etteheites tema kergemeelsust j. n. e. Ainult prof. *Adelmann*, kes oli kutsutud ekspert—wahemehena raske waeluste peale, leidis siiski võimaliku olewat õigeks mõista *Küchleri*, ehk temal küll vähene ja mitte tõendaw materjal oli põrna hirurgia alal. Ja tõsiselt ei teatud üksikasjaliselt põrna funktsioone ja peeti teda orgaaniks mida millegiga wahetada ei saa. (Põrna ekstirpatsioon lõppes alati surmaga). 19 aastasaja esimese ja keskmise kolmandiku arstid tarwitasid wastutahtmist hirurgilist therapiat selle orgaani haigeksjäämise puhul. Kul meie nüüdisajal rohkem opereerime sarnaseid haigeid, siis on selles mõelduandew:

1) Aseptika, 2) Kasuistika, mis wäidab meile kahjuta põrna äralõikamist, 3) Põrna funktsioonide täielikum teadmine, mille järele see on sisesekretsiooniga näär. Tõesti ka praegusel momendil selle näärme füsioloogilised talitused on ka meile weel wähe tuttawad. Meie teame ainult seda, et see orgaan ei ole ei mitte millegiga wahetataw. *A. Hersen*'i ja *Schiff*'i töist *Lucian*'i arwamisel on selge, et põrn walmistab niisugust ainet, mis mõjub pancrease peale ja kutsub esile temas muudatused, mis aitawad protripsiini muuta tripsiiniks, tuues esile sellega rohkem kõwema pancrease mahlade reaktsiooni. (*Mendel, Rettger* 1903) *Bacelli* tööde peale waatamata ei ole selgitud põrna hormoonide tähendus pepsinogeeni pepsiiniks muutmises (*Luciani*). Ei ole teada lõpulikult põrna ja gl. thyreoidea suhe (*Tissoni, Fileti, Zand, Schiff, Wassale, Marie, Möbius* j. n. e.), niisama tema suhe lumphatiliste näärtega ja luusäsi funktsioonidega.

Nende muudatuste järele otsustades, mis sünnib werega peale põrna äralõikamist, wõttes arwesse lümphotoütide arwu suurenemist ühelt poolt ja teiselt poolt eosinofüüliliste leukotsütide arwu suurenemist, wõib oletada *Schulziga*, et põrn walmistab sekreti, mis reguleeriwalt mõjub lümphotoilise süsteemi ja luusäsilise koe peale. Ehk küll iga raske operatsiooni järele tuleb hüperleukotsitoos, kuid see periood ei kesta nii kaua, nagu peale splenestomiat (*Noetzel*'i juures 4 aastat 4 kuud peale põrna äralõikamist were pilt sai normaalse kuju, aga *Riegmerts*'i juures weel hiljem). Eritrotsütide arwu langemine ja poikilotsitoosi ilmumine, nagu wäidab näituslikult *Schaak* ja teised, on iseloomulik iga haige werepildi juures, kes on kannatanud raske trauma all (*Schaak* post exarticulationem et amputationem). Tõendati, et põrnas sünniwad eritrotsüüdid, s. t. katsuti wäita, et põrn on weresünnitaja orgaan. Kuid *Bizzozero, Foa, Salvioli* waadete järele niisugune weresünnitamise tegewus wõib ilmuda ainult teatawail tingimisel, näit. werewaesuse põhjal j. n. e. Põrna tuiksoone ja tõmbsoone were sõrdlus ei annud meile tõestusi ülemal nimetud waadete kasuks (*Tillmanns*). Ei ole teada ka põrna sekretide suhe bakteeriatega ja tema toksiinidega, ehk küll *Iacoby, Blumreich*'i waadete põhjal, põrnata loomade weri awaldab spetsifilist kahjulikku mõju bakteeriate peale (bact. diphth. pyocianei etc.)

Lõpuks on kindlaks tehtud põrna reguleeriw osa raua wäljaandmise ökonoomias inimese organismuses.

Kuidas ka ei oleks olnud, kliinik õpetab meid, et põrna äralõikamist kannawad haiged hästi ja ilma kestwa raske tagajärjeta (Michelson).

Selle peale waatamata, et peale operatsiooni ajutine kaheksia on, ja et pääle splenectomiat rauda saab walmistud lühike aeg suuremal mõõdul, selle peale waatamata et pepsiini seedimine alandatud on (Gross), — haiged lõppude-lõpuks paranewad.

Wäga huwitaw on see asjaolu, et peale põrna äralõikamist esineb teiste lisaorganide kompensatoorne, hüpertrofeerimine, nagu seletawad *Faltin* ja *W. Stubenrauch*.

Need autolid, leidsid 2 haige relaparatoomidel, kellel tehtud splenectomia — esimene üks aasta, teine 6 aastat peale esimest operatsiooni — palju sõlmi, millel mikrokoobiliselt oli põrnkoe ehitus ja mis arusaadawalt esimese lõikuse juures puudusid. Sedasama on leidnud *Guerrini* ühel koeral; *Tedechi* leidis inimesel, kellel looduse poolest põrna ei olnud, 50 parapõrnalist näeret, *Albrecht* — waatles 400 — lisa põrna inimese juures, kelle põrn oli pähkla suurune.

Lähem nüüd põrna haiguste waatlemisele, kellel hirurgiline huwi, et siis üksikasjaliselt peatada niihästi õigete kui ebapõrna kaswajate juures.

Hirurgilise therapia alla kuuluwud kõige esiti wigastused, aga niisamuti ka spontaansed ja traumaatilised põrna ruptuurad. Wiimane tuleb ette sageli selle orgaani hüperplasia juures (malaria põrn j. n. e.)

Wigastuste arstimine seisab peajasalikut — splenectomias arwais juhtumisis — tamponades. Üksikuis õige kergeis juhtumisis on lubatud konserwatiivne arstimine. Et põrnas on õige rikkalik weresoonte süsteem, siis juhtuwad temaga akuutsete infektsioonsete haiguste põhjal põletikud. Kui wiimasega ühineb thrombotilini infarkt (*Küttner*, *Billroth*, *Litten*), siis põrnas wõiwad kujuneda abstsessid. Nõnda näituseks typhus recurrensi epideemia alguses *Petrogradis Petrowsky* järele 359 haigest 3-el olid põrna mädanikud. Sagédaste juhtuwad põrna abstsessid lapse eas. (*Tillmanns*). Weel enam aga typhus abd., typhus recurrens, pyemia, malaria, v. cava inf. ehk v. lienal. thrombophlebiti juures. Arwasti sigenewad põrna mädanikud infitseeritud posttraumaatilistest hematoomidest. Põrna abstsesside differentsiaalse diagnoosi juures ei tohi unustada et pahema hypochondriumi all wõiwad tekkida diafragma alused mädanikud, mille lähtekoht wõib olla neer, magu, pahema pleura õõnsus. Põrna abstsesside therapia seisab tema lahtilõikamises ja drainag'is. Operatsioon saab tehtud ühemomendiliselt ehk kahe wõtt-ga, kui korruga diafragmast ja pleurast läbi minna (*Stuckey*). Et venoos were jooksmist ei oleks, tulewad wäljawõtta põrna sekwestrid õige ettewaatlikult (*Trojanoff*, *Coltinet*, *Michelson*).

Arwemalt kui akuutsed põrna põletikud tulewad ette kroonilised, reaktiivsel, põletikulised protsessid selles orgaanis näit. Tuberculos. Nende haiguste radikaalne arstimine seisab splenectomias, mida aga erandlikult saab tehtud esiaselise ja isoleeritud põrna afektsiooni juures.

Ehk kui actinomycosi põhjal sigenes abstsess, siis wiimane lõigataks lahti ja dreneeritaks.

Teistest põrna haigustest tuletan meeles thrombosis v. Lienalis, aneurysmae art. Lienales. (*Selten* ja *Winckler*.) kahes juhtumises eduga tegiwad splenectomiat) Lepra, syphiloma lienis, kuid niisama ka moned idiopaatilised splenomegalia juhtumised, näit, põrna, hüpertrophia Leucaemia, malaria, amiloidi, Morbus Banti ja lapse pseudoleucamia juures, kuid ka tema suurenemise juures, kui on venoos seisak. Kõigis neis juhtumisis on konserwatiivne arstimine. Operatsioonile kuulub ainult Leucaemia ja Morbus Banti põrn.

Operatsioon seisab splenectomias. Leucaemia juures see operatsioon saab tehtud erandlikult ainult siis (*Küttner*) kui hypertrofeeritud põrn teeb haigele suurt häda. Muidugi põrna äralõikamine ei awalda mõju leucaemilise protsessi peale (*Michelson*.) Wastupidi, malaria hüpertrophia juures tema äralõikamine on rohkem edukam: surewus operatsioonide tagajärjel on wiimase ajal ikka wäiksemaks ja wäiksemaks jäänud, palawiku hood kaowad, üleüldine seisukord paraneb. (*Olgiate*, *Tillmanns* ja *Ionneseo*, kellel 28 splenectomeeritud põrnast oli 8 surma juhtumist.) Morbus Banti haiguse puhul põrna äralõikamise järele on ka terweks saadud. (*Torrance* järele 36 opereeritud — 9 inimest surnud).

Splenectomia saab tehtud ka liikuwu põrna juures ja eriti tema jalakese ümberkäänamise puhul, kui ei saa teha splenopeksiat.

Diagnostitseerimisega aga peab hästi ettewaatlik olema, sest et *Greiffenhageni* arwamise järele põrna liikuwus wõib esile kutsutud saada ren mobilest. Lähem nüüd õigete ja ebapõrna kaswajate waatlusele. Õiged esiaselised põrna kaswajad on õige harwad. Neist on waadeldud pääasjalikult: fibromid, angioomid. Sarkomatoosilised angioomid, lümphangioomid, sarcomid, endothelioomid (*Le Fort*) ja wähk, aga kõige sageli Cysted. Cysted on parasi-

taarsed. s. t. echinococillised. (mõnikord pentastomum ja systicerc) ja mitte parasitaarsed. Kõige rohkem *Tillmanns*'i arwamise järele tulewad ette echinococid. Nii *Trinklor* korjas literatuurist 67, *Teichmann* 115 (kuni 1898 aastani) põrna echinococci juhtumist. Echinococillised cysted on peaaegu alati ühe kopalised, wähemalt literatuuris *Michelson*'i arwamise järele ei ole kirjeldud selget multilokulaär echinococci tõestud nähtust. Teatud asjaolude tõttu wõib cystede wedelik infitseeruda ja abstsedeeruda. Mõnikord sünnib abstsess (*Michelson*) echinococci põie ümber, mõnikord aga põrna ümbruskonnas. (Abscessus parasplenicus). Cystomatoosilised kotikesed, mis täidetud mädaga, wõiwad kõwasti kinnikaswada ümbritsewa kudedega. Põrna echinococci arstimine seisab ehk splenectomias, ehk ka, — tawalikult mädanemise puhul, — lahtilõikamises ja drainages. *Bobrow*'i nõuandel *Billroth* lasi esimene kord incisio'ga echinococci sisemuse wälja. Cyste kotikene sai ära lõigatud ja põrna haawad pääle jodoform glycerini'ga loputamist kinni õmmeldud, niisama edukalt ja sedasama wiisi opereerisid *Tippjakof* ja *Martin*.

Hirurgilise arstimise tagajärjed on kaunis rahuloldawad, iseäranis splenectomia juures (*Pariisky*.) *Jordan*'i järele 17 haiget kellel echinococci aeg tehtud splenectomia — 15 terweks saanud.

Põrna echinococci diagnoos ei ole mitte kerge. Cysted wõib tihti wahetada Hydronephrosiga (*Leser*.) — Põrna abstsessi diagnostitseerimine echinococci alusel on tihtilugu wõimata.

Õigetest põrna Cystedest teame lümphantilised cysted. Nemat juhtuwad arwasti awaliselt paljukoopalised. (*Coenen* „polycystische Degeneratio“). Nende mõõdud ei ole just wäga suured. Cyste laienduste seinad on kaetud endotheliumiga. Õige harwa juhtub ka dermoidseid Cystesi. *Litten*, *Virchow*, *Andral*, *Orth*) Wähe rohkemal arwul tulewad ette haemorrhagilised cysted. Nemat on tawaliselt ühekoopalised ja kaunis suured. Sisepind on kaetud kõitkoe kestaga. Sisemuse sünnitawat were jäänused, kuid wiimased wõiwad ka puududa. Kõigist literatuurist *Powers* on korjanud 32 põrna haemorrhagilise cyste juhtumist, ja *Bircher* on korjanud 33 mitte parasiitilist põrna cyste juhtumist. *Michelson*'i järele on opereeritud kõigest 65 cystasarnaseid põrna kaswajaid.

Operatsioonidest on tehtud: Cyste kinniõmblemine ja järgnew tamponad, splenectomia syste ekstirpatsiooniga, cyste punktsioon, mis nüüd järele on jäätud, ja splenectomia. *Bircher*'i andmete järele cyste operatsiooni meetodide resultaadid on järgmised:

Drainage	8 juhtumist	7 terweks saanud	1 exitus.
Punktion	6	„	2
Rasektion.	4	„	1

Kõige paremad tagajärjed andis splenectomia ja nimelt: 15 inimesest, kellel põrnad in toto äralõigatud olid, ei surnud keegi.

Lähem nüüd oma juhtumise juure, mis nagu mina oletada wõin, on 2 juhtumine, mis waadeldud meie riigis, aga wististi ka terves Läänemere maakonnades. Teist haemorrhagilise põrna cyste juhtumist opereeris *Dr. Hesse* 1917 aastal Tallinnas, mille juures cyste sai kinni õmmeldud ja dreneeritud.

Cysted ei saadud mitte kokkukaswamise tõttu wäljalõigata. Haige kosus alguses hästi, aga pärastpoole suri — nähtawasti kopsu infarkti pärast.

Minu haige anamnes, keda saatis mulle *Dr. Kolpacow* diagnoosiga: Tumor lienis, on järgmine:

2 aastat tagasi märkas, et pahemas hypochondriumis on resistents, mis ikka suurenes. Wiimase poolaasta jooksul andis ta põhjust walude pääle pahemas küljes ja takistas hingamist.

Seedimine normaalne. Mitte kordagi ei ole tähele pannud weretaolist urini ehk tókati-karwa wäljaheiteid. 10 päewa tagasi kõhis werd. Trauma all ei ole kannatanud.

St. pr. 40 aastane mees, kollakas — kahwatu jumega. Süda normaalne. Kopsu alustes jagudes kuiwad raginad. Pahema hypochondriumi piirkonnas kaswaja elastilise konsistentsiga, mehe pää suurune. Pind ümmargune ja sile. Tumor on kaetud õige pingule tõmmatud läikiwa, kuid liikuwu nahaga. Ülemine tumori polus, nihutades küljeluud laiali, kaob nende alla ja uurimisele mitte saawutaw.

Rinnakasti hingamise liigutuste juures tumor jääb paigale. Alumine polus ei ulata spin. ant. superior'ini.

Röntgeni kiirtega läbiwaatamine *Dr. Krefft*'i poolt: Kopsudes ei ole näha midagi patholoogilist. Anguluse pleuro-costal. kontuurid (sin.) tulewad kergesti nähtawale. Pahem diaphragma kuplitaoliselt üles nihutud, ta näitab wähemat ekskursionsiooni. Cystoskopeerimine ja füsioloogiline neerude funktsiooni uurimine (*Dr. Hahn*) ei annud midagi patholoogilist. Urin ei sisalda munawalget ja midagi patholoogilist (*Dr. Lien*) Leukotsütide arw 12.000. Eritrotsütide arw 4.800.000. Haemoglobiini 76.

Diagnoos: Hydronephrosis sin. ehk Echinococcus lienis. Operatsioon (Krause) morphium. aether. narkoos. Kestvus 75! Lõige läheb proc. ensiform. kuni linea axill. post. paralleelselt pahema hypochondriumiga. Kõhu õõnsuse lahtitegemise järele tuleb välja, cystetaoline sisekelmeliselt lamav kaswaja mehe pää suuruses. Tema all on tunda normaalne pahem neer Alumine kaswaja polus on waba, ülemine on diafragmaga liidetud wälimine külg liidetud parietaal küljeluude kelmega: kokkukaswamised nüridal tehtud. Et hingamine seisma jääb kaswaja diafragmist eraldamise juures, saab ligamentum phrenico-lienale ja kokkukaswawised ruttu läbi lõigatud. Peale selle tuleb kaswaja haawast wabalt välja Wiimase ekstirpatsioon, weresooned ja üks kokkukaswamine maokattega, saab kahekordselt ligeeritud. Kõhuõõnsuse järelwaatamisel leitud, et maks ja magu normaalsed. Põrn puudub. Haaw õmmeldaks kolmejärguliselt täielikult kinni. Alumisse nurka — drain.

Kaswaja kaalub 3349,0 on owaalümargune kuju, pikem diamet. 64 ctm. lühem 53 ctm. Tema moodustab ühekambriolist cysted, kollakas seroos sisemusega, mis annab munawalge pääle reaktsiooni ja mis sisaldab cholestearini kristalle ja mõned werelibled. Sisemine pool on kaetud sileda seinalise kestaga, tema nagu kaswaks wäija põrna wälimisest jaost, mille kude pääl alumise poluseon täielikult atropheerunud.

Põrna wärawa weresooned selgesti näha.

Mikroskoobilise uurimise annab (Dr. Blacher.)

Cyste seinad on kaetud kõitkoega, aga mitte endotheliumiga.

Sellele järgneb wäikerakuline infiltratsioon ja põrna parenchima kude. Pathologia anatoomiline diagnoos:

Cystoma haemorrhagica uniloculare lienis.

Decursus: 2 päewa järele wõetakse drain välja, kaheksandamal päewal õmblused. Prima intentio. 10 päewal tõuseb ülesse. Peab aga bronchitise ja kõrgendatud temperatuuri pärast 7 päewaks woodisse heitma.

Nelja nädala pärast saab haige terwena wäljakirjutatud. Tal on õige suur söögiisu. Ene-setunne hea.

Mikroskoobiline wereanalüüs 3 päewa peale operatsiooni: (Dr. Liin).

Eosinofilis leukotsüüte	46 %
Neutrof.	22 %
Lymphotsüüta	28 %
Ülemineku wormid.	4 %

Wereanalüüs 20 päewa pärast lõikust:

Eosinofilis leukotsüüte	2 %
Lymphotsüüta	43 %
Neutrof	51 %
Ülemineku worm.	4 %

Kirjanduse ülewaade.

Aleksensky I. P. Moskwa Ülikooli Kliiniku aastane aruanne 1906.

Acher: Deutsche Medicinische Wochenschrift 1911. 27.

Baradulin: Ruski hir. arhic. 1906. 657.

Bornhaupt: Arch. für. kl. Chir. 84.

Brehm: Arch. für. kl. Chir. 1904. 73 234.

Chlotkowsky: Chirurgia 1907 11.

Dagaew: Woenno meditsinski shurnal. 1907. 2.

Dibailaw: Praktitsheski wratsch 1909. 9.

Faltin: Zentralbl. für. Chir. 1905. 397.

Grekow: St. Petersb. med. Wochenschr. 1910. 613.

Heinricus: Arch. für. kl. Chirurgie 1904. 72. 138.

Iankowsky: Dissert. Dorpat 1909.

Kablukow: Arch. für. kl. Chir. 1905. 78. 84.

Kumell: Münch. med. Wochenschr. 1911. 2305.

Küttner: Beitr. für. kl. Chir. 1907. 54. 405.

Luciani: Physiologie des. Menschen 1906. Bd. II. S. 79.

Michelson F.: Ergebnisse für Chir. und. Orth. Bd. 6. S. 480.

Melchior: Berl. Kl. Wochenschr. 1909. 255.

Muhanow: Chirurgia 1910. 27. 478.

Oppel: Russki wratsch 1905. 40.

Orlow A: Chirurgia 1910. 161. 475.

Powers A: Ann. of. sug. 1906. 43.

Ribbert: Pathologische Anatomie.

Schaak: Dissertation 1914 (Wojenno-med. Akademia)

Trinkler: Arhiv Willjaminowa 27. 1125.

L ä b i r ä ä k i m i s e d .

Dr. Kolpakow. — Kõne all olewat juhtumist, kui wõrdl misi haruldast, oleks pidanud uurima igas sihis; mitte ainult selles, kuidas mõjub niisuguse suure orgaani, kui põrna äralõikamine were sünnitamise peale, mis ka tehtud on, waid ka kuidas see asjaolu mõjub sümptaatilise närwikawa peale (plexus solaris). Niisamuti oleks tarwis olnud hystoloogilise uurimistega nende patoloogiste muudatuste peale tähelpanemist pöörata, mis tekkinud põrna kudes iseenesest. Sest kaks aastat pesitsew tumor ei wõinud mitte mõju awaldamata jätta põrna koe peale, mille tegewus, möödaminnes tähendades, organismi elus weel mitte täiesti selginud ei ole. Tuleb terwitada Dr. Krause't selle operatsiooni õnneliku läbiwiimises.

Dr. Liin. — Mis puutub sellesse osasse, et põrn on were elementi sünnitaja, siis arwan mina, et see on terra incognita. Endised chirurgid said ikka surma peale põrna lõikust ja arwasid et inimene ikka sureb, kui temal põrna ära lõigata. Meie ajal aga wõib põrna ilusasti ära lõigata ilma surma toomiseta. Ei wõi olla, et eritrotsüütide ja leukotsüütide, mis täiesti keemiliselt wastupidised on, ühes koos sünniwad. Tihti on aga leukotsüütide kariokynesise protsess näha. Mis tarwis on siis temal waja laiali lagunemist wares, kui tema mujal kohal sünnib ja walmib. Et põrn infektsioonhaiguste juures esimesena reageerib, siis arwati teda ka filtriks, kes werd pisielukatest puhastab. Kuid millega siis seda seletada, et need kellel on põrn ära lõigatud, siiski külgehakkawaid haigusi läbi tegewad.

„Pediculin Nova“

Докладъ сообщенъ въ собраніи эстонскихъ врачей 9-го мая 1920 года въ городѣ Юрьевѣ.
Др. Степановъ.

Въ октябрѣ мѣсяцѣ прошлаго года при отступленіи Сѣверо-Западной Арміи отъ Петрограда среди войскъ разыгралась сильная эпидемія сыпного и возвратнаго тифа. Подобно пламени пожара, заболѣваніе сыпнымъ тифомъ, не щадившая измученнаго русскаго солдата, быстро облетѣла войсковыя части Сѣв.-Западной арміи; во всѣхъ полкахъ, батареяхъ дивизионахъ люди десятками въ день заболѣвали и эвакуировались въ тылъ. Сыпной тифъ не щадилъ никого; ни солдата, ни офицера, ни врача ни сестру и санитаря: отъ всѣхъ онъ требовалъ одинаковыхъ жертвъ. Непрерывнымъ потокомъ больные солдаты съ фронта направлялись въ тылъ, и размѣщались въ госпиталяхъ большихъ городовъ Эстоніи. Городъ Нарва въ теченіи одной недѣли уже былъ переполненъ сыпно-тифозными, возвратно-тифозными больными; госпиталя становились недостаточными, не хватало мѣстъ для больныхъ.

Больныхъ пршлося размѣщать въ неблагоустроенныхъ зданіяхъ, часть же больныхъ въ виду приближенія къ Нарвѣ непріятели, была эвакуирована въ гор. Ревель. Частичная и постепенная эвакуація больныхъ изъ Нарвы въ гор. Ревель продолжалась вплоть до послѣдняго времени. Городъ Ревель совсѣмъ не былъ подготовленъ къ приему большого числа больныхъ солдатъ. Командный составъ Сѣв.-Западной Арміи увлеченный идеей взятія Петрограда совсѣмъ забылъ, что въ тяжелые годы войны всегда можно ожидать вспышекъ эпидемій, а Санитарное Управленіе Сѣверо-Западной Арміи къ своему стыду больше занималась перемѣщеніемъ и смѣщеніемъ врачей и устраиваніемъ своихъ людей по протекціямъ, нисколько не заглянуло впередъ, и постаралось предвидѣть надвигающуюся эпидемію и озаботиться своевремененно принятіемъ мѣръ, къ ея претворенію или хотя бы предоставить больному солдату подходящія помѣщенія, гдѣ онъ могъ бы найти уютъ, чувствовать себя въ теплѣ и перенести всѣ страданія отъ тяжелыхъ тифозныхъ заболѣваній.

На моихъ глазахъ въ Коппелѣ развернулся 1-ый Армейскій госпиталь, предназначенный для приема заразныхъ. Ему разрѣшено было занять рядъ бараконъ, абсолютно непригодныхъ для житья даже здоровыхъ людей, тѣмъ болѣе для больныхъ. Въ этихъ баракахъ уже нѣсколько лѣтъ никто не обиталъ, грязи было, какъ говорится, по „колѣно“, водопроводы въ неисправности, печи испорчены и дымились; оконные стекла выбиты, клозеты загрязнены.

Вотъ какой комфортъ для больного солдата своихъ героевъ могъ предоставить командный составъ Сѣв.-Западной Арміи и Санитарное Управленіе.

Больныхъ пришлось класть прямо на холодный полъ, иногда даже безъ тюфяковъ; ни бани, ни ваннъ, ни горячей воды не было въ госпиталѣ; больные въ грязномъ бѣльѣ, несмѣняемомъ цѣлыми недѣлями, а иногда мѣсяцами, оставались лежать въ чемъ они есть. Госпитальное бѣлье было все грязное, ни натѣльнаго, ни постѣльнаго бѣлья не было; даже не всегда удавалось больному вымыться обыкновенной холодной водой.

Вотъ вамъ кошмарная картина куда попадали наши больные солдаты послѣ перенесенныхъ тяжестей и невзгодъ военнаго похода на Петроградъ.

Конечно при отсутствіи чистаго помѣщенія, достаточнаго количества мыла, бань, ваннъ, горячей воды, чистаго бѣлья, хорошаго ухода, среди солдатъ распространилась чрезвычайная вшивость. Вши чувствовали себя въ самыхъ благоприятныхъ условіяхъ, лучшаго они ничего не ожидали, а потому плодились и размножались съ особовыраженной охотой, разбѣгались по всѣмъ больнымъ, жадно набрасывались на вновь поступавшихъ.

Вошь приняла такое колоссальнѣйшее распространеніе, что черныя одѣяла нѣкото-

рых больных отъ присутствія большого количества вшей становились свѣтло-сѣрыми, само одѣяло при оботрагиваніи его давало ощущеніе не шерсти, а чего-то мягкаго живого „вшивую консистенцію“. Вши по удачному выраженію одного изъ предыдущихъ докладчиковъ, дѣйствительно буквально словно вылезали изъ тѣла больного.

Даже стыдно подумать чтобы въ нашъ 20-ый вѣкъ, когда наука намъ опредѣленно открыла глаза на эпидемиологию, этиологию и бактериологию сыпного тифа, люди и въ частности врачи могли бы допустить такое распространеніе и развитіе вшивости.

Итакъ вводитъ и поддерживаетъ чистоту при посредствѣ бань, ваннъ, смѣны бѣлья, мытья его не представлялось возможнымъ, оставалось бороться со вшами только при помощи дезинфицирующихъ средствъ. Конечно дезинфекціонной камеры никто не построилъ и въ то время когда солдаты абсолютно заѣдались вшами, вшивость и вмѣстѣ съ нею заражаемость сыпнымъ тифомъ все болѣе и болѣе распространялась, администрація нашихъ госпиталей все только толковали съ инженерами о цѣнѣ и объ удешевленіи постройки камеры. Оставалось только прибѣгнуть дѣйствию насѣкомояда, имѣющагося въ нашемъ распоряженіи въ очень не большомъ количествѣ, и путемъ его примѣненія хоть сколько нибудь остановить колоссальнѣйшій ростъ вшивости. Насѣкомоядъ, которымъ мы могли въ то время пользоваться былъ полученъ изъ Краснаго Креста и представлялъ собою темную, густую жидкость съ сильнымъ дегтярнымъ запахомъ, маслянистую (разводилась въ 5—10 разъ и примѣнялась при посредствѣ Гидропульта.) Больные покрытые одѣялами, сбрызгивались изъ Гидропульта этой жидкостью, смачивалось грязное бѣлье, полы, койки обязательно протирались этимъ насѣкомоядомъ. Оказалось что примѣненіе этого насѣкомояда не только остановило ростъ вшивости, но что даже сама по себѣ вшивость стала уменьшаться на столько замѣтно, что къ пріѣзду „Американскихъ дезинфекторовъ“ уже многія палаты были совершенно очищены отъ вшей.

Къ сожалѣнію госпиталю очень страдали отъ недостатка чистаго бѣлья вслѣдствіи чего не было возможности класть больныхъ въ палаты чистыми и поддерживать чистоту. Пріѣздъ Американскаго дезинфекціоннаго отряда, несмотря на примѣненіе и проведеніе дезинфекціи по крайне странному въ нѣкоторомъ отношеніи способу, безусловно способствовалъ почти полному уничтоженію вшей. Въ этой задачѣ имъ болѣе всего помогло имѣвшееся въ ихъ распоряженіи громадное количество натѣльнаго бѣлья.

Такъ, несмотря на отсутствіе дезинфекціонной камеры и чистаго бѣлья, примѣняя только жидкій способъ дезинфекціи, удалось получить очень блестящіе результаты въ борьбѣ со вшивостью, что и заставляетъ насъ обратить вниманіе на этотъ способъ дезинфекціи. Всегда можно ожидать что въ нынѣшнее время, такъ неопредѣленное, можно очутиться въ толь тяжеломъ положеніи другихъ дезинфекціонныхъ средствъ и отсутствія дезинфекціонныхъ камеръ, что придется прибѣгать къ жидкому способу дезинфекціи.

Въ началѣ Апрѣля мѣсяца с. г. главнымъ врачомъ 1-го Армейскаго госпиталя уважаемымъ д-омъ Вильбергомъ для испытанія мнѣ была предложена новая жидкость для дезинфекціи, подъ названіемъ Pediculin Nova. Я примѣнялъ эту жидкость, какъ для лабораторнаго наблюденія, такъ и практически на больныхъ въ палатахъ.

Всѣ же контрольныя опыты и наблюденія производились съ Д-ромъ Вильбергомъ совместно.

Жидкость, Pediculin Nova сѣровато бѣлаго цвѣта, подвижна, не масляниста съ незначительнымъ запахомъ, который нельзя назвать неприятнымъ, легко смачивающая одежду, бѣлье и твердыя тѣла, быстро высыхающая, и не даетъ никакого отстоя.

Отпускалась она изъ склада въ литровыхъ стеклянныхъ бутылкахъ въ удобной упаковкѣ Химической составъ этой жидкости мнѣ неизвѣстенъ и остается пока тайной его изготовляющей фирмы.

Одно изъ положительныхъ косвенныхъ качествъ этого дезинфекціоннаго средства является ея невоспламеняемость; даже при непосредственномъ поджиганіи. Это конечно гарантируетъ безопасность храненія отъ пожара въ большомъ количествѣ на складахъ.

Отсутствіе рѣзкаго запаха даетъ возможность широко примѣнять эту жидкость внутри помѣщеній, не вызывая отвращенія и неприятнаго ощущенія со стороны обитателей послѣднихъ: какъ напр. запахъ формалина, фенола и т. д., а также нисколько не производятъ болевыхъ ощущеній со стороны конъюнктивы глазъ, слизистыхъ оболочекъ и дыхательныхъ путей.

Затѣмъ для выясненія убивающаго дѣйствія вновь предложеннаго насѣкомояда мною было поставлено цѣлый рядъ лабораторныхъ опытовъ.

I. Опусканіе живыхъ вшей въ капли жидкости на стеклѣ.

Эти опыты показали, что всѣ вши положенныя въ каплю насѣкомояда умирали въ среднемъ черезъ одну минуту, а отъ насѣкомояда № 5 черезъ 50 сек; моментомъ смерти я считалъ время остановки движенія конечности вшей.

Замѣчено что послѣ остановки движенія конечностей въ насѣкомоядѣ вынутыя вши не оживаютъ.

II. Убивающее дѣйствіе на вошь посаженную на бумагу смоченную Pediculin Nova.

Оказалось, что черезъ минуту вошь уже замедляла свое движеніе черезъ 1 минуту 15 секундъ отъ начала опыта вошь потеряла способность къ передвиженію, а черезъ 4 съ 1/2 мин. отъ начала опыта вошь околѣла.

На высушенной пропитанной насѣкомоядомъ № 3 бумагѣ вошь жила 14 минутъ.

III. Убивающее дѣйствіе на вшей посаженныхъ на смоченныя Pediculin'омъ Nova различныя матеріи.

а) Вырѣзанъ кусокъ шерстяного (солдатскаго) одѣяла, сильно смоченаго насѣкомоядомъ и отжатъ. Пущенныя вши, не стремятся заползати въ толщу одѣяла, а стараются ползати по самымъ кончикамъ волосковъ шерсти. Вши жили въ среднемъ отъ 5 до 12 минутъ.

б) вши посаженныя на смоченную фланель жили въ среднемъ отъ 5—8 минутъ. Повидимому на шереховатыхъ съ большими волосками шерстяныхъ матеріяхъ вошь живетъ долѣе, по всей вѣроятности вслѣдствіи ощущенія незначительнаго запаха, который на вшу производитъ слабое отпугивающее дѣйствіе, ибо вши нисколько не стремятся оставить шерстяной кусокъ матеріи и не переползаютъ на скатерть стола. На подсыхающемъ слегка влажномъ одѣялѣ пущенныя вши жили до 10 минутъ.

д) На смоченномъ одѣялѣ со вшами, вши околѣваютъ также быстро какъ и въ каплѣ жидкости. Малѣйшее соприкосновеніе вшей съ жидкостью вызываетъ смерть ея черезъ 1—1 минутъ.

Всѣ перечисленные опыты говорятъ намъ, что убивающее дѣйствіе вновь предложеннаго насѣкомояда рѣзко выражено, вши умираютъ очень быстро.

Для выясненія отпугивающаго дѣйствія вновь предложеннаго насѣкомояда ставились слѣдующія опыты.

I. Помѣщеніе вшей въ середину круга, сдѣланнаго изъ ваты смоченной Pediculin'омъ Nova.

На кусокъ бѣлой бумаги накладывался смоченный насѣкомоядомъ кружокъ изъ ваты. Въ одномъ мѣстѣ оставляется ей проходъ въ 1 сантим. Пущенныя въ середину круга шесть вшей тщательно старались обходить барьеръ и всѣ выползли черезъ сдѣланный проходъ за исключеніемъ одной, которая выползала на ватку и быстро околѣла.

Опытъ этотъ повторялся мною нѣсколько разъ и результаты получили одни и тѣ же т. е., что вши всетаки ощущали повидимому запахъ, который производитъ на нихъ незначительное отпугивающее дѣйствіе.

II. Опытъ на опредѣленіе отпугивающаго дѣйствія.

Папочная коробка перегородена папкой въ которой сдѣлано отверстіе діаметромъ 1 сантим. Черезъ отверстіе проведена шерстяная нить, концы которой соприкасаются съ подвешенными одинаковыми кусочками шерстяной матеріи. На эти кусочки матеріи пущены по одинаковому количеству вшей и слѣдили, будутъ ли вши переползати изъ одной камеры въ другую. Вши оживленно ползаютъ на кусочкахъ и частенько переползали изъ одной камеры въ другую. Когда въ правую камеру былъ внесенъ кусочекъ ватки смоченный насѣкомоядомъ и ставленъ на растояніи 1—1/2 сантим. отъ кусочка матеріи, то обнаружено, что вши не проявляли явнаго бѣгства изъ правой камеры въ лѣвую, а ползали по прежнему, однако всетаки отмѣчалось большое скопленіе ихъ на сторонѣ кусочка матеріи, обращенной непрямо въ ваткѣ съ насѣкомоядомъ, а на противоположной.

Значитъ сильнаго отпугивающаго дѣйствія не было на лицо, а то бы всѣ вши переползали въ другую камеру.

III. Опытъ на опредѣленіе отпугивающаго дѣйствія.

Предполагая, что постановка этого опыта довольно сложная и не обладающая развитыми органами обонянія, не могла самостоятельно ориентироваться и выбирать себѣ сложный путь — переползати съ куска матеріи на нитку, я упростилъ постановку этого опыта тѣмъ, что пустил вшей просто на шерстяную нить (безъ кусочковъ матеріи.)

Вши оживленно ползали взадъ и впередъ, переходя изъ одной камеры въ другую. Когда же въ правую камеру былъ внесенъ кусочекъ ватки смоченный Pediculin'омъ Nova

то было отмечено, что вши все-таки чаще скопляются в левой камере, что конечно указывало опять же на легкое отпугивающее действие нового насекомояда.

IV. Опыт на отпугивающее действие насекомояда.

В пробирку на дно брошено несколько вшей. Пробирка положена на бок и через открытый конец на середину последней во внутрь вложен кусочек ватки, намоченный насекомоядом.

Если бы запах от Pediculin Nova имел сильное отгоняющее действие то конечно, надо было бы ожидать, что вши так и останутся у дна пробирки. Однако на самом деле вши в скором времени стали ползти навстречу к ватке, и не приходя в соприкосновение с ваткой, умирали через 10—15 мин. только от действия паров.

V. Опыт на отпугивающее действие Pediculin Nova.

Пробирка с двух сторон открыта. Около одного конца во внутрь пробирки помещался кусочек ваты смоченный насекомоядом и конец пробирки затыкался ваткой. С другого конца пробирки во внутрь ее на среднем расстоянии от концов, клались вши.

Наблюдения показали, что вши охотно и чаще почему-то ползут по направлению к ватке, тогда как надо было ожидать обратно, т. е. стремление ползти к открытому концу пробирки, если бы Pediculin Nova имел бы отгоняющее действие.

Итак, из всех поставленных опытов на отпугивающее действие Pediculin Nova на вшей, можно сделать заключение, что по видимому отпугивающее значение этого насекомояда на вшей оказывается в незначительной степени, что и является положительной стороной этого средства: при применении его не будет наблюдаться стремления вшей покинуть своего хозяина или новых подходящих условий для жизни. Вошь ползает по смоченным вещам, идет охотно на смоченный насекомоядом вещь и здесь находит себя быструю смерть, что в результате дает толчок к быстрому уничтожению вшей при применении этого средства.

Убивающее действие на гниды.

1-ый опыт.

Больных тщательно мыли в бане, стригли волосы на голове, переодевали их в чистое, совсем не ношенное белье. Одной партии таких больных к внутренней поверхности ворота чистых рубашек пришивали доскутки с живыми, а другой партии-лоскутки смочены в насекомояде.

Наблюдение показывает следующее:

Фамилия:	28/IV	29/IV	30/IV	1/V	2/V	3/V	4/V	5/V	6/V	7/V	8/V
Ерфенчук Ефимъ	0	2	0	2	0	0	2	0	1	2	
Ядовъ Дмитръ	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	
Елисѣевъ Иванъ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Даревъ Федоръ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Из этого видно, что уже в самые первые дни из живых гнид у больных первой партии, появились мелкие вши, тогда как у больных второй вши вовсе не появились. Значит этот опыт ясно доказывает нам могучее убивающее действие Pediculin'a Nova на гнид.

Действие Pediculin'a Nova на кожу.

Применение этого насекомояда в виде обмывания больных дало тоже положительные результаты. Вшивые больные обмывались (обтирались) посредством намоченной ваты с ног до головы, не исключая волосистой кожи, и оказалось что такие вшивые больные сразу же переставали жаловаться на чесание и укусы вшей; на грязных рубашках находились трупы умерших вшей, по видимому близко соприкасавшихся с телом больного. При натирании Pediculin'ом Nova в тело чувствуется очень легкий кратковременный зуд, абсолютно не тягостный для человека.

При чем надо заметить, что повторное ежедневное (2 раза) в день натирание больных этим средством переносилось абсолютно без всяких осложнений со стороны кожи, дыхательных органов, выделительной системы.

У таких больных (на 20 человек) ежедневно исследовалась моча и никогда не было найдено ни белка и никаких других изменений, как указывали бы на повреждение почек.

Это средство особенно может хорошо рекомендоваться для волосатых частей головы или подбородка, после стрижки волос вызвано по поводу Pediculosis'a когда у корней волос можно найти тысячи кишаших вшей и гнид.

Действие Pediculin Nova на ткани материй.

При опускании различных резиновых, кожаных, шерстяных вещей в Pediculin Nova оказалось, что последние несколько не портит ни качества ни цвета материи.

Pediculin Nova вследствие своего подвижного жидкого свойства, быстро и легко смачивает вещи, которые также легко и быстро на открытом месте высыхают. Цвет разных красок, смоченных материй, после высушивания не меняется, за исключением только тех цветов, которые вообще линючие и даже от смачивания в простой воде теряют свою настоящую краску.

Особенно важное значение имеет Pediculin Nova при смачивании белья или белья пуховых вещей (напр. белый заячий мех), натуральное постельное белье и т. д. которое абсолютно не страдает в цвет, вследствие молочного белого цвета самого насекомояда.

Применяется Pediculin Nova посредством Гидропульта, когда является необходимость в обрызгивании помещения, одежды; белья или же прямо наливают его в ушат где и смачивают белье и др. вещи.

Копия.

Одновременно с испытанием Pediculin Nova мною производились сравнения свойств и действия старого насекомояда Кр. Креста и окончательные результаты показали следующее:

Pediculin Nova

1) Серовато-молочного цвета легко подвижная жидкость с легким неприятным запахом, однородна, не дающая отстоя.

2) Не горит.

3) Продолжительность времени убивающего действия на вошь равна 1 мин.

4) Безусловное убивание гнид.

5) Почти не обладает отпугивающим действием на вошь.

6) Не портит ни качества, ни цвета смоченных вещей. Удобно при смачивании белья.

7) При обтирании тела почти не ощущимый зуд. Дерматитов не вызывает даже при многократных втираниях.

8) На почки не действует.

Насекомядъ Краснаго Креста.

1) Темная бурая маслянистая жидкость с резким запахом, с водою не смешивающаяся и дающая отстой.

2) Моментально вспыхивает при поджигании.

3) Продолжительность времени убивающего действия на вошь 10% насекомояда Кр. Кр. — около 3 мин. а в чистом виде 50 секунд.

4) Не исследовалось.

5) Отпугивающее действие гораздо резче выражено.

6) Портит особенно цвет, который даже после стирки не восстанавливается. Грязнить и надолго держатся грязные пятна от насекомояда.

7) При обтирании тела 10% раствором сильно ощущается зуд, жжение и боль, гиперемия кожи. В чистом виде насекомояда не может применяться, вследствие сильного обжигательного действия.

8) Не ставились опыты.

Главный врач: (подп.) Др. М. Вильбергъ.

Старший ординаторъ (подп.) Др. П. Степановъ.

Съ подлиннымъ вѣрно Др. Степановъ.