

EESTI ARST

ILMUB ÜKS KORD KUUS

EESTI ARSTIDE LIIDU HÄÄLEKANDJANA

No 1.

Tartus, Januar 1922.

I. aastakäik.

„Eesti Arsti“ ilmumise puhul.

Arstline tegevus jaguneb kahte üksteisest erinevasse liiki: teadusline ja praktiline, ja siiski ei ole ühelgi elukutsel need kaks osa nii ligilähedalt seotud üksteisega, kui arsti omal. Et seista omas praktilises tegevuses ajakõrgusel, peab arst erksalt jälgima teaduse arenemist omal erialal, teiselt poolt aga peab puht-teaduslik töö kõigil aladel tihedalt kontakti pidama tegeliku elu tarvetega. Seda kõigile pooltele viljakat kontakti teoreetilise ja praktilise alade vahel arstlises tegevuses võimaldab ametivennalik koostöö arstiseltsides, teiselt poolt mõttevahetus trükitud sõna läbi, arstiteaduslike ajakirjanduse kaudu.

See viimane on meil, Eesti arstkonnal, senini puudunud, põhjustel, mida ülearune oleks siinkohal harutada. Nüüd on ajad põhjalikult muutunud. On möödapääsematuks tarviduseks saanud Eesti arstkonnale ellu kutsu oma eriteadusliku häälekandja, milles igaühele meie ametivendadest oleks antud võimalus jagada teistega omi kogemusi ja teoseid nii praktilisel kui teoreetilisel aladel, selgitades ja täiendades neid vastastikkuse, kollegiaalse arvustuse abil. Selle tarviduse täitjana astub nüüd ellu ajakiri „Eesti Arst“, kui häälekandja Eesti Arstide Liidul, mille ümber koondub üksikute arstiseltside kaudu Eesti arstkond, kuna tegelikult väljandjaks on Tartu Eesti Arstide selts, Liidu peakoosolekul käesoleval aastal valitud ajutise toimetuse kaudu. Ühtlasi aga tahab „Eesti Arst“ pakkuda võimalust ka teiste haritud rahvaste arstkondadele tutvuneda selle tööga, mida teevad arstiteaduse esitajad Eestis. Selles suhtes on antud võimalus igale Eesti arstile —

võttes seda mõistet riiklises, mitte rahvuslises mõttes — avaldada omi töid temale soovitavas keeles, kus juures eesti- ja venekeelsetele teostele juurde lisada tuleks lühike sisu-kokkuvõte Saksa, Inglise või Prantsuse keeles.

„Eesti Arst“ ilmub üks kord kuus järgmise eeskavaga:

1. Originaal-tööd teadusliku ja ühiskondliku meditsiini aladelt.
2. Eesti Arstide Liitu kuuluvate üksikute arstiseltside teaduslikkude koosolekute protokollid.
3. Kirjanduse ülevaated, retsensioonid, följeton.
4. Teadaanded E. V. Tervishoiu Peavalitsuse ja E. V. Sõjaväe Tervishoiu Valitsuse poolt.
5. Kroonika, ülikooli teated, väljamaa kirjad.
6. Toimetuse teadaanded, kuulutused.

Silmaspidades kõrgeid trükikuluseid praegusel ajal, tuleb nõuda, et sisseantud tööd piiratud oleksid oma kogu poolest võimaliku minimum'ini, ilma aga, et töö sisu selle all kannataks: non multa, sed multum!

Loodame, et, vaatamata ajaraskuste peale, „Eesti Arst“ täita suudab oma ülesannet: väljendada meie, kuigi noori, siiski tõsiseid püüdmisi teadusliku ja ühiskondliku meditsiini aladel, olla ühendavaks lüliks kogu Eesti arstkonnale ühtlasi aga väärtuslikuks ja mõjuvaks teguriks meie noore riigi ülesehitamise töös.

Ajutine toimetus.

* * *

Le temps du labourage et des semailles s'est écoulé, maintenant vient la moisson. Nous croyons, nous sommes convaincu, que ce temps est propice à des travaux laborieux et féconds. Nos ressources sont certainement bien modestes et nos institutions actuelles sont jeunes encore, comme notre bien aimé République; mais d'autre part nos Lois contiennent et proclament la condition essentielle de tout travaille scientifique: la liberté d'enseigner et la liberté d'apprendre. Nous autres médecins Esthoniens, nous avons le devoir de temoigner aux grandes Nations notre reconnaissance pour les riches dons de leur Civilisation, et, à notre avis, nous ne saurions le mieux faire, qu'en accroissant chez nous et en remplissant notre mission, comme médecins et savants, de repandre autour de nous cette Civilisation.

Sans la presse, sans son activité illimitée, les manifestations orales de nos sociétés savants restraient trop limitées, et notre tâche, comme représentants de la science Esthonienne ne sera accompli devant notre peuple.

Notre journal apparaîtra sous le nom „Eesti Arst“ 12 fois par an, en douzes fascicules, contenant 32—64 pages chacun. Dans chaque fascicule, outre plusieurs mémoires originaux, outre communications spéciales, figureront les comptes rendus de tous les Sociétés Médicales Esthoniennes, qui sont membres de la Ligue des Médecins d'Esthonie, et diverses informations du Gouvernement et de l'Université.

La Rédaction.

Eessõnaks.

Ei ole meil suuri arstliste ajakirjade aastakäikude ridasid ette panna, kuid hulk aastaid on esimese eestikeelse arstlise ajakirja ilmumisest saadik juba ajamerde läinud. See ajakiri hakkas ilmuma aastal 1766, selle väljaandjaks oli Põltsamaa arst Dr. P. E. Wilde, see trükiti Põltsamaal, kus siis oma trükikoda oli. Ajakiri kandis pealkirja:

„Lühikesse õppetusse,
mis sees

monned head rohud ning nouud teada antakse, nii hästi innimeste, kui ka weiste haigusse ning wiggaduste wasto“
ja pidi poole trükipoogna suuruses üks kord nädalas ilmuma. Esimese numbri sissejuhatuses avaldab väljaandja järgmise töökava: „mul on nou sind õppetada, mil wisil sinna need rohud, mis sa nimme pärrast tunnend, pead prukima omma terwise üllespiddamiseks; ma tahhan sind oppetada, mil wisil sa enneselle pead keetma sedda joki, misga sa woid omma jannu ärrakustutada külma- ning sojastõbbes; ma tahhan sind oppetada mil wisil sa enneselle pead walmistama sedda pulwert ehk rohto, mis sul hingamist sadab ning so wiggo parrandab; ma tahhan sind oppetada, mil wisil sa enneselle pead teggema sedda plaastri, sedda salwi ning rohto, mis sa omma hawade, muhkude ja paised peale pead pannema, et nemmad terweks sawad. Agga

se ep olle weel mitte keik; ma tunnen sinno hobbose, härja, ka mu weiste tõbbed ning wiggadussed, ma tean palju head rohto, mis siis neile pead sisseandma, kui nad tõbbised on, sedda rohto ma õppetan sind ka.“

Oma lubadust on autor hoolega täitma hakkanud. 40 numbert on väljatulnud, need on veel praegu alles, kuid siis on teadmata põhjustel ilmumine lõppenud. Missugused need põhjused võivad olnud olla, võib meie kodumaa ajaloo käiku silmas pidades enesele ettekujutada.

Järgmiseks katseks eestikeelse arstlise ajakirja väljaandmises tuleb Dr. Kreutzvaldi poolt 1848 väljaantavat „Maailm ja mõnda, mis seal sees on“ lugeda. Osa sellest ajakirjast oli arstliste kirjatükkide jaoks määratud. Ilmusid ainult 5 numbert. Vastolud olid liig vägevad. Viimases numbris kirjutab Kreutzvald: „Võib küll ülemal antud õpetus suurema hulga meelest üks enneaegne loom näidata, ei sest pole ühtegi viga, aeg saab kõik asja küpsetama ja 20—30 aasta pärast võib lugu meie maal teisiti olla.“

Läks mööda enam kui 30 aastat, enne kui jälle katset tehti midagi arstlise ajakirja sarnast eestikeeles väljaandma hakata. Katsetegijaks oli Dr. med. P. Hellat. Ta hakkas teatava vaheaja järele ilmuvate vihkude kujul oma „Tervise õpetust“ 1894 aastal kirjutama. Töö ülesandeks säadis ta „kõige pealt arusaamist selle kohta tõsta, missugused tervise alused on ja misläbi tervist, ihu ning vaimujõudu võib kindlustada ja vastupidavaks teha.“ Et Hellat tervet tervishoidu süstemaatiliselt läbi töötama hakkas, mille mõned osad keeleliselt veel puutumata maaks olid, tuli tal suurte keeleliste raskustega võidelda. Suure jõupingutusega viis ta oma ettevõtte ligemas hügieene õpekava piirkonnas läbi, peale selle jäi aga edaspidiste vihkude ilmumine seisma.

Arstline ajakiri, millel pikem eluiga on olnud, algas nende ridade kirjutaja toimetusel nime all „Tervis“ 1904 a. perekonna lehe „Linda“ kaasandena väljatulema, viidi peale „Linda“ seismajäämise, päevalehe „Postimehe“ juure üle ja on kuukirjana 7 aastat ilmunud.

„Tervise“ eeskavaks oli: 1) rahva tutvustamine üleüldiste arstiteaduse põhjusõpetustega; 2) tervishoiu tähtsuse seletamine ja tarviliku teadmiste laialilaotamine tervishoiu küsimustes; 3) loomahaigused; 4) rahvaarstimise viisidest ja rohitsemisest; 5) arstiteaduslise keele täiendamine.

Vahepeal oli Eesti arstidel korda läinud nime all „Põhja-Balti Arstide Selts“, valitsuse poolt kinnitatud seltsiks ühineda. Sellekohased katsed Liivimaal olid nurja läinud, ainult Tallinnas oli ülemise nime all võimalik leitud seltsi tegevust lubada. Kuu-kiri „Tervis“ läks healekandjana uue seltsi kätte ja ilmus seal, kunni lahtipuhkev ilmasõda tema olemise lõpetas.

Etteaimamata muutusi on viimased aastad rahvaste elus toonud. Äärmiste jõupingutuste järele võitluses olemise eest on Eesti rahval korda läinud aastasadasid kestnud raske võera ikke alt vabaneda ja iseseisvaks saada. Oma iseseisvuse peatuge näeb ta kultuurilises arenemises. Selles sihis püüab ta kõige jõuga edasi. Pääle algkoolide on hulk emakeelse õpe-keelega keskkoolisid avatud, mis aastas umbes 1000 kasvandikku juba kolmandat aastat töötavasse ülikooli saadavad. Ka ülikoolis on juba peaõpekeeleks Eesti keel. Igas maakonna linnas on Eesti arstide seltsid ellu tõusnud, kes Liiduks ühinenud, nüüd oma ajakirja „Eesti Arsti“ väljaandma hakkab.

„Eesti Arst“ läheb oma aja nõuetele vastavalt kõikidest oma eelkäijatest sellepoolest põhjalikult lahku, et ta täies mõttes teaduslik ajakiri tahab olla. Saab see tal võimalik olema sisu poolest ja keele poolest? Ma arvan, kahtlemata. Peale ülikooli õpejõudude töötab meil hulk arste suuremates haigemajades, tervishoiu- ja sõjaväetervishoiu valitsuses ning mitmes muus tegevuse harus. Haigemajade tegevus, igasugune tervishoiu korraldustöö võib ainult teaduslisel alusel sündida, sealsed tegelased jäävad teadusega ligemasse ühendusesse ja neil kui ka ülikoolis töötajatel on teaduslise ajakirja järele tarvidus olemas ning on nende läbi ajakirja teadusline sisu täiesti kindlustatud.

Jääb küsimus, kas meie keel on juba küllalt arenenud eriteadusliste tööde jaoks?

Alguses on muidugi natukene raskusi, aga õpetegevus keskkoolides ja ülikoolis näitab, et need raskused ammugi nii suured ei ole, kui kardeti. Ühegi rahva keel ei ole iseenesest teadusliste mõistete ega nimetuste jaoks sünnis olnud, ta on selleks tehtud ja see töö on ka meil tehtav, nagu paari aastase tegevuse järele näeme. Juba on suur osa keelelistest raskustest võidetud ja hirm nende eest on kadunud. Muidugi peavad vanemad generatsioonid uued oskussõnad äraõppima, noored omandavad nad ilma raskuseta ainete õppimisel.

„Eesti Arst“ on arstide eriteadusliste tööde ja arvamiste

avaldamiskohaks, arstiteadus ei ole aga mitte teadus teaduse pärast vaid teadus tegeliku elu tarviduste pärast. Ei ole sellest küllalt, et ta ainult kui teadus edeneks, ta algmõisted peavad rahvale arusaadavaks tehtud, populariseeritud saama. Seda ülesannet ei saa „Eesti Arst“ mitte täita, selleks on arstide ja publikumi vahelist iseajakirja tarvis. Vist peab „Tervis“ oma endise eeskavaga jälle ülesäratatama. Mitte kui „Eesti Arsti“ võistleja, vaid kui selle kaastööline.

Astu siis oma teele „Eesti Arst“, ole ühendajaks meie arstiteaduse põllul töötajate vahel, anna neile äratust, mõju kaasa arstiteaduse edenemisele; olgu su tee tasasem, su iga pikem, kui su eelkäijatel.

Tartus,
6-mal novembril
1921.

H. Koppel.

Steinmann'i naelaekstensioon.

Prof. Dr. K. Konik.

Tartu Ülikooli Haavakliiniku direktor.

Käsitatav aine ei kuulu mitte nõndanimetud päevaküsimuste hulka. Luumurrete ravitsemine ei seisa aga meie kodumaal minu teada mitte aja kõrgusel ja iseäranis vähe on meil veel praktilisi kogemusi naelaekstensiooniga. Et aga ka meil edeneva tööstuse juures vigastuste arv kasvab, mille hulgas just luumurded sagedam nähtus, siis tuleb meil seda küsimust teravamalt silmas pidada. Sellepärast arvan mitte üleliigseks luumurrete ravitsemise juures mõne sõnaga peatada, iseäranis ravitsemise juures naelaekstensiooniga ja ka omi kogemusi ette kanda.

Luumurrete ravitsemise meetodi täienemisele andis teatavasti suure tõuke keha läbivalgustamise võimalus Röntgeni kiirtega. Röntgeni kiired lubavad meid iga silmapilk murtud luuotsade anatoomilist seisendi kontrollleerida ja siin tuleb nii mõnigi kord ilmsiks fragmentide suurem ehk vähem dislokatsioon, kus repositsiooniga arvati kätte saadud olevat kujuliselt normaal olusid.

Kuigi üksikutel juhtumistel väike kujuline defekt funktsioonilist resultaati ei pruugi vähendada ja kuigi erakordselt kujuliselt ideaalselt kinnikasvanud luumurre — iseäranis luumurre

ded liikmete läheduses — liikumise takistusi sünnitada võib, siiski peame sellele seisukohale jääma, et anatoomiliselt hästi kinnikasvanud luumurre kõige paremaid funktsioonilisi tagajärgi vigasaanud kehaosas võimaldab.

Luumurrete ravitsemise esimeseks ülesandeks on seega kujulise defekti kõrvaldamine. Siin juures tuleb varajaselt silmas pidada vigastatud kehaosa funktsiooni, sest kõik meie organismus on liikumine, kõik on energia ja kardetav on tegevusetolek oma tagajärjega — kõdunemisega.

Lucas Championnière läheb antud küsimuses isegi nii kaugemale, et kõiksugu fikseerivad sidemed kõrvale heidab ja ainult funktsioonilist ravitsemist gümnaastilise-ortopeedilise meetodi näol maksvaks tunnistab.

Luumurded ilma dislokatsioonita ei tarvita tõesti ühtegi sidet ja vigastatud liikme õigel asendamisel liivakottide vahele jne. võib esimesest haiguse päevast peale funktsioonilise ravitsemisega algada. Dislotseeritud murde juures, mis käte abil ennast reponeerida ei lase ehk jällegi, kus paigale asendatud murdeotsad kohalt kergesti ära nihkuvad, ei vii meid puht gümnaastiline-ortopeediline ravitsemisviis sihile. Sellest järgneb, et Lucas Championnière meetod ainult teatavatel juhtumistel on tarvitav.

Jäädes seisukohale, et luumurrete juures kuju ja funktsiooni tähtsust ühevõrra tuleb hinnata, peame arusaadavalt neid ravitsemise meetode kõige kohasemateks ja paremateks lugema, mille juures mõlemate ülesannete eest hoolekandmine täitmist leiab.

Vanemad ravitsemise meetodid fikseerivate sidemetega, olgu see murtud liikme schiinide peale ehk vahele, ehk gipsisidemesse asendamine, sisaldavad eneses anatoomilise ravitsemise mõistet. Igakord ei täida nad sedagi otstarvet ja murdeotsad nihkuvad nendes paigalt ära. Lihaste ja liikmete tegevuse eest hoolekandmine jääb täiesti ära ehk on ainult väga piiratud kujul läbiviidav.

Bardenheuer'i ekstensioon oli suureks sammuks edu poole. Venitus kõrvaldab suurema osa juhtumistes murdeotsade dislokatsiooni ja võimaldab murtud liikme alalist kontrolli, teataval määral masseerimist ja passiv ja aktiv liigutusi. Kuid tal on ka omad puudused. Nõuab suuremate dislokatsioonide kõrvaldamiseks suuri venitusraskusi, mille tõttu kleepiv plaaster ehk mastisooliga naha külge kinnitud puuvilla side nahasse lõikab,

ja selle ekseemi ja dekuubitust sünnitab. Suured raskused venitavad liialt välja liikme lihakseid ja jatke. Ei kõrvalda ka suurte raskuste tarvitamise korral kõiki, iseäranis vanemate murrete dislokatsioone ja ei ole ülepea tarvitatav seesuguste komplitseeritud murrete juures, kus viimasega kaasas laialised naha ja lihaste vigastused.

Neid puudusi kõrvaldab Steinmann'i naelaekstensioon, mis selle leidja poolt arstilises nädalalehes „Zentralblatt für Chirurgie“ 1907 a. kirjeldati pealkirja all „Eine neue Extensionsmethode in der Frakturbehandlung“.

Steinmann'i luumurrete ravitsemise meetodist, nõnda nimetud naelaekstensioonist seisavad ühel pool fiksatsiooni ja puht konservativ ekstensiooni meetodid ja teisel pool osteosünteesid. Autor ise ütleb omas monografiis „Die Nagelextension der Knochenbrüche“, et tema meetod on välja kujunenud Malgaigne okkast, Duplay klambrist, Heinecke kandluutangist ja Codivilla kandluu-naelagipsiekstensiooni sidemest. Naelaekstensiooni instrumentarium on aja jooksul läbi elanud mitmesuguseid modifikatsioone ja praegu on suuremalt jaolt tarvitusel leidja poolt tarvitatud aparaat, mis koos seisab a) 2,5—3,5 mm. paksusest ümarikest ja mitmesuguse pikkusega terasnaeltest, b) oherdist naela puurimiseks läbi luu, c) kahest poognataolisest teraslehest, mille kummagi kumerus välja teeb umbes ühe neljandiku ringist ja d) kruvist. Poognate ühes otsas on augud läbi luu perforeeritud naela otsade jaoks ja teises otsas augud viimaseid ühendava kruvi jaoks. Terve aparaat üksteise külge kinnitult sünnitab keeglitaolise raami, mille baasiseks on läbi luu perforeeritud nael ja mille kaela osas on poognaid ühendav kruvi. Raami kaelaosasse kinnitakse nõör, mis üle rulli jookstes omas teises otsas venitavat raskust kannab.

Uus luumurrete ravitsemise meetod sünnitas peale tema avaldamist aastate jooksul ägedaid vaielusi poolt ja vastu. Ka praegugi ei olda veel ühisel arvamisel, ehk küll endine vaen ja umbusaldus on kadumas.

Naelaekstensiooni poolt räägib kõige pealt selle suur venitusjõud. Wist küll iga arst, kes seesuguse ekstensiooniga on töötanud, võib tunnistada, et siin palju vähemate venitusraskustega läbi saab, kui Bardenheuer'i ekstensiooni juures. See nähtus oleneb venitus-raskuse otsekohesest mõjust murtud luu peale. Kirschner ja teised said isegi mitte enam värskete

ja suurte dislokatsioonidega ad longitudinem luumurrete juures pikendusi kuni 12 ctm. Paljudel kordadel saadi ülekorrekture — vigastud liige sai pikem, kui teine terve liige — missugust nähtust mõnelt poolt meetodi süüks püüti lugeda. Ülekorrektuur ei ole aga mitte ravitsemissviisi, vaid ravitseja arvesse panna, kes mõõdurihma ja Röntgeni abil venitust iga silmapilk kontrollleerida ja tarbekorral venitus-raskust vähendada võib.

Praegu, kus naelaekstensiooni käsitamises juba rohkem kogemusi on kogutud, võib kindlasti ütelda, et värske luumurde juures antud ravitsemissviisiga vigastud liikme igasugu lühendus korrigeeritav on, mida teiste nõndanimetatud konservativ ekstensioonidega mitte iga kord kätte ei saa.

Meetodi kasuks räägib ka vahetpidamata venitus. Bardenheuer õpetas meile vahetpidamata venitusmõju tähtsust, nimelt, kuidas värske luumurde korral kokkutõmmanud lihast vahetpidamata venituse teel aegamööda venitada võib ilma sellele kahju tegemata. Sedasama teed tuleb käia ka vanade luumurrete korral, kus lihaste retraktsioon on kestnud juba pikemat aega. Võõras tundub Codivilla õpetus, et just vana luumurde lihaste lühendusest kõige paremini jagu saab forsseeritud traktsiooniga.

Naelaekstensiooni heaks omaduseks on korrigeeriva venitusjõu kinnitamine otsekohe murtud luumise fragmendi külge. Selle kaasas käib, nagu juba kuulsime, dislokatsiooni korrektuur võrdlemisi väikse venitus-raskusega ja vigastud liikme liigutusvõimalus allpool naela. Reieluu murde korral näituseks, kus nael üleval pool condyl. femoris luust läbi on aetud, kus juures epifüüsi joont, liikmekapslit ja luuüdi vigastada ei tohi, jäävad lähedal oleva põlvejatku liigutused vabaks, mille tähtsust juba eespool toonitasime.

Venituse otsekohest fikseerimist alumise fragmendi külge ei kiideta mõnelt poolt heaks. Omas töös „Über die Mechanik der Nagelextension“ asub Christen teisele seisukohale. Venituse ülesandeks, ütleb nimetud autor, on esimeses joones dislocatio ad longitudinem kõrvaldamine, mis üle murde koha jooksvate ja kokkutõmmanud lihaste tagajärg on. On tarvis lihakseid kuni füsioloogilise pikkuseni venitada ja see sünnib kõige hõlpsamini, kui venitus lihaste kummagi otsa peale mõjub. Reieluu murde korral saab otstarbe esiteks sellel teel kätte, kui naela venituspunktiks võtta tuberositas tibiae, sest et kõik lihaksed,

mis üle keskreit jooksevad, välja arvatud musculus adductor longus, tibia ehk fibula pea külge on kinnitud. Teiseks teguriks on puusa liikme fleksioon ilma ekstremiteedi abduktsioonita, mille läbi musculi ileopsoas ja adductores mängust välja jäävad. Niiviisi kõrvaldakse kõikide reielihaste pingutus ja dislokatsioon on väikese venitusega takistuseta korrigeeritav. Sedasama tuleb teiste luumurrete juures silmas pidada ja näituseks sääremurde korral naela fiksatsiooni kohaks kandluu võtta.

Christen'i põhjendused ei ole aluseta ja tulevik annab selles küsimuses otsuse. Viimaseid näpunäiteid peab Wagner väga mõjuvateks, tähendades, et seega on meile kätte juhatud naela perforeerimise kohad, mis on tähtsad mitte ainult mehhaanilisest, vaid ka anatoomilisest seisukohast vaadates. Naela asendamine tibia peasse kaotab põlvejatku infitseerimise hädaohu. Ei olla ka karta jatku väljavenimist, sest vigastud liikme venitus sünnib Zuppinger'i semifleksiooni seisendis, mis lihaste pingutuse kõrvaldab, ja pealegi veel väikese venitus-raskuse abil.

Kirschner on ühe naela asemel kaks tarvitusele võtnud, mis kummagist fragmendi otsast läbi aetakse ja sellest konstrueeritud venitus-apparaadiga ühenduses seisavad. Kahe naela süsteemilised venitus-apparaadid on veel Borhardt'i, Lambret'i, Quénu, Steinmann'i enese ja teiste poolt konstrueeritud, kuid keerulsuse ja infektsiooni hädaohu tõttu vähe tarvitusel.

Naelaekstensiooni tugev külg seisab veel selles, et väga piiratud pinda tarvitab. Venituseks on ainult kahte punkti tarvis — naela otsad — ja kõik vigastud liige jääb vabaks. See võimaldab haige liikme alalist kontrolli, varajast masseerimist, elektriseerimist ja gümnaastikat passiv ja aktiv liigutuste näol. Meetodi kasu paistab iseäranis silma, kus murdega kaasas nahapigistused, kriimustused ja haavad ja eraldi komplitseeritud luumurrete juures, võimaldades haavade takistamata ravitsemist.

Naelaekstensioon ei sünnita valu, kui maha arvata naela lihast ja luust läbiajamise momenti. Algusel oldi arvamisel, et lihast ja luust läbipuuritav nael suuri valusid sünnitab. Kuid kogemused näitasid hoopis teist. Rõhuv enamus tunnistab, et nael valu ei tee, ehk et valu igatahes mitte suurem ei ole, kui plaastriga venituse juures.

Kirschner tahab valu puudust isegi lugeda ravitsemise viisi kahjuks, sest haige ei hoidvat küllalt valuta liiget ja visklemise juures võida fragmendid kohalt nihkuda.

Naelaekstensiooni halbadeks külgedeks loetakse infektsiooni hädaohtu, jatkude ja luu — eraldi epifüüsi joone — vigastamist ja fragmentide aeglast konsolidatsiooni.

Esimese infektsiooni juhtumise avaldas 1908 a. Schwarz, kus reieluu murde juures naela läbi infitseerus fraktuur-hämatoom, mille tagajärjeks oli sepsis ja surm. Mõni kuu hiljem teatas Anschütz mädaniku tekkimisest naela ümbruses fract. radii juures. Palavik langes peale naela väljavõtmist ja intsiiooni. Edaspidine haige paranemine oli takistusetu.

Mõlemate juhtumiste kohta võtab Steinmann sõna omas monografiis ja näitab et kummagil korral halb tagajärg mitte meetodi süü ei ole, vaid vale tehnika arvele panna tuleb. Esimese haige juures oli enne naela luust läbipuurimist naha ja teiste kudede intsisioon kuni luuni tehtud ja see pealegi veel suure fraktuur-hämatoomi juures. Teisel juhtumisel oli luust läbiaetavale naelale puuriga kanal ette puuritud. Steinmann'i nõuete järele tuleb hämatoomi korral, kui naelaga sellest mööda ei pääse, naela läbiajamisega oodata kuni hämatoomi resorptsioonini. Niisama nõuab tema naela luust otsekohest läbiajamist ilma eelpuurimiseta.

Infektsiooni hädaohust räägib ka Koerber, kes 70 naelaekstensiooni juures 12 korda mäda väljavoolu naela aukudest, 5 korda väikseid abstsesse ja üks kord flegmoonitähele pani.

Deutschländer sai üldiselt häid tagajärgi, nõuab aga infektsiooni hädaohu tõttu suurt ettevaatust. Infektsiooni hädaoht väheneb venitus-aja lühendamisega. Peale selle pani autor tähele fragmentide aeglast konsolidatsiooni.

Iseäranis teravat kriitikat avaldati naelaekstensioonile 1912 a. Põhja-Õhtu-Saksa kirurgide kongressil, kus tuntud kirurgid Lauenstein ja Kümmell meetodile infektsiooni hädaohtu süüks panid, tähelepanemist juhtides kauakestvate luu fistulate ja naelaaukude kohalt väljamineva sekvestratsiooni peale. Lauenstein'i järele ei anna naelaekstensioon mitte alati häid tagajärgi, ka fragmentide korrektoori mõttes ja omade mitte rahuloldavate kogemuste põhjal asub autor meetodi kohta täiesti eitavale seisukohale.

Nimetud mitterahuloldavad kogemused ja tähendud kongressi eitav kriitika kõigutasid tugevasti lugupidamist uue meetodi vastu. Ainult üksikutes kliinikutes ja haigemajades juleti,

silmas pidades tema suuri väärtusi, ravitsemisviisi edasi tarvita-
tada, iseäranis juhtumistel, kus kõik teised katsed tagajärjeta jäid.

Aja jooksul tulid üksikud hääled kuuldavale, mis teist
keelt rääkisid.

Ameerika kirurg Gerster jõuab kiitvale otsusele iseäranis
metoodi lihtsuse, hea venitusjõu ja varajase gümnaastilis-orto-
peedilise ravitsemise võimaluse pärast. Infektsiooni hädaoht ei
ole tema arvates osavates kätes mitte suur. Väheldast tempera-
tuuri tõusu ravitsemise algul pani tema sagedasti tähele, niisama
ka väikseid sekvestratsioone. Tõsist tähendust nendele nähtus-
tele tema ei anna ja halbu tagajärgi ei ole tema kunagi näinud.

Headest tagajärgedest teatavad ka Prantsuse kirurgid Quénu,
Lambret, Pellissier ja teised.

Waegner (Harkovist) jõuab 70 ravitsemise põhjal väga
kiitvale otsusele.

Heinemann, Kantak, Riedl, v. Sacken, Ott,
Finsterer, Hoessly, Sievers, Grabovski ja teised
annavad kas kiitvaid otsusi ehk asuvad seisukohale, et naela-
ekstensioonil teatavatel juhtumistel suur tähtsus on ja teda tarvi-
tada tuleb.

Garrè kliiniku materjaali põhjal — 19 juhtumist — teatab
1915 a. Grabovski järgmist: „Bonn'i kliinikus ei olda mitte
vaenulik naelaekstensiooni vastu. Tema võimine on suur ja
silmatorkav on tema üleolek teistest meetodidest iseäranis kom-
plitseeritud ja vanade luumurrete juures. Oli üks infektsiooni
juhtumine, mis meid ettevaatlik sunnib olema ja kindlat indi-
katsiooni nõuab. Sellepärast reserveeritakse Bonn'i kliinikus
naelaekstensioon teatavate juhtumiste jaoks, kus Barden-
heuer'i ekstensioon tagajärgi ei anna ehk kus juba algusest
peale lootust ei ole viimasega tagajärgi saada. Need on pea-
asjalikult seesügused juhtumised, kus alganud konsolidatsiooni
juures fragmentide dislokatsioon ja liikme suur lühendus. Siin
annab naelaekstensioon hiilgavaid tagajärgi. Teiseks — komp-
litseeritud luumurded, naha ja teiste kudede laiema vigastustega,
kus venitusjõud haava takistamata ravitsemise juures kohe tööle
saab hakata ja seega häid lootusi funktsioonilise tagajärje mõttes
annab. Kolmandaks indikatsiooniks on rasked luumurded jala-
liikme läheduses, kus küllalt pinda ei ole kleepivale plaastrile“.

Ilmasõda aitas skeptilist seisukohta naelaekstensiooni vastu
veel rohkem muuta. Suur luuvigastuste materjaal laialiste naha

ja lihaste haavadega sundis naela tarvitusele võtmist, et ühtlasi haavu takistamata ravitseda ja fragmentide dislokatsioonist jagu saada. Ei olnud võimalik igakord fraktuur-hämatoomi ja isegi lähedat mädanemist kontraindikatsiooniks pidada.

Degenhardt, Wagner, Warsow, Hohmeier, Ledergerber ja Zollinger ja teised räägivad rahuloldavalt ehk otse kiitvalt naelaekstensiooni tagajärjede üle. Kõik autorid toonitavad meetodi lihtsust, suurt venitusjõudu, mille tõttu fragmentide dislokatsioonid ja 6—8 ctm. liikme lühendused kergesti on korrigeeritavad. Aeglast konsolidatsiooni ei ole tähele pandud.

Omas lõpusõnas ütleb näituseks Wagner: „Kogemused, mida meie alumise ekstreemiteedi laskeriistade läbi tekkinud luumurrete ravitsemises naelaekstensiooniga oleme omandanud, tunnistavad selle suurest võimisest ja mitte ädaohtlikkusest ka kõige halvemate juhtumiste korral. Meie poolt saadud tagajärjed teevad soovitatavaks, et naelaekstensioon Christen'i näpunäidete järele rohkem poolehoidjaid ja laiemat tegevusvälja kui senni leiaks.“

Mis infektsiooni hädahoju küsimusse puutub, siis kuuleme Lederberger'i ja Zollinger'i suust, kes 300 laskeriistade läbi tekkinud reieluu murret naelaekstensiooniga on ravitsenud, järgmist: „Ettevaatuse pärast valisime algusel lihtsad juhtumised, ilma mädanemiseta. Pärastpoole julgesime juhtumisi kerge mädanikuga ravitsemise alla võtta ja heast tagajärjest julgustatud laiendasime indikatsiooni ja ravitsesime naelaekstensiooniga kõik reieluu murded liikme suurema lühendusega, vaatamata haava infektsiooni peale. Meie läksime välja seisukohast, et naela läbi-ajamisega tekkiv trauma väike on ja nii väike *locus minoris resistentiae* sünnib, mis infektsiooni hädahuna vaevalt arvesse võtta tuleb. Tarvis ainult niipalju tervet kudet, et naela läbi ajada võimalik. Tagaärjed kinnitasid meie arvamist ja umbes 300 naelaekstensiooni juures juhtus ainult kaks komplikatsiooni. Nendest ühel juhtumisel oli nael põlve jatku kapsli ülemisest otsast läbi aetud, mis mädast põlvepõletikku tekitas — seega *vitium artis* ja mitte meetodi süü ei ole — ja teisel juhtumisel paraartikuläär flegmoone. Ei olnud võimalik selgeks teha, kas naela otsi ümbritsev mäda luumurde haavast või naelast tekkis. Mõlemad haiged said terveks, esimene — piiratud liigutustega põlves. Kui sellega võrrelda *secunda*-paranemist kirurgias üldse, nimelt ka löikuste korral, mis iseenesest *per primam* peaksid paranema, siis ei saa ka kõige parema asepsise juures paremaid

tagajärgi“. Lõpusõnas ütlevad autorid: „Meie kogemused Steinmann'i ekstensiooniga laskeriistade läbi tekkinud reieluu murrete juures on kõige paremad, mida enesele üldse kujutada võib ja meie tahaksime öelda et tema on ainukene ravitsemise meetod, sest et teised meetodid kaugeltki seesuguseid resultaate ei anna“.

Viimaks olgu veel tähendud, et Klapp ja Gelinsky, välja minnes seisukohast, mida kitsam kanaal, seda väiksem infektsiooni hädadoht, naela asemel traati soovitavad. Et traat venituse juures mitte ei lõikaks lihasse, konstrueeris Ansinn apparaadi, vibulooga kujul, mis traadi vibunööri näol pingul hoiab. Seesugust traadi-ekstensiooni kiidetakse mõnede poolt.

Oma materjaali selgitamisele üle minnes tahan tähendada, et Tartu ülikooli haavakliinikus iga ravitsemisele tulev luumurre läbi valgustakse ja Röntgeni kontroll niikaua kordub, kunni fragmentide seisend venituse all rahuloldavaks saab.

Steinmann'i naelaekstensioon on tarvitusel kõigest üks aasta ja kunni siiamaani alumise ekstremiteedi luumurrete juhtumistel. Tarvitusel on meil autori eeskirja järele valmistud naelad ja neid ühendav raam. Nael kinnitakse Doyen'i oherdi külge ja puuritakse ilma ühegi eelintsisioonita jne. otsekohe lihast ja luust läbi, peale naha desinfektsiooni joodiga. Naela külge puutumine sõrmedega on lubamata, ehk küll käed kaetud gummi kinnastega.

Naela luust läbiajamine sünnib harilikult eeteri uimastuse all ja fiktsiooni kohaks valitakse, antud juhtumise patoloogilist seisukorda silmas pidades, kas Steinmann'i poolt soovitud distaal fragment ehk Christen'i näidatud punktid. Peale naela läbiajamist tilgutakse veel mõni tilk jooti nahaaukude kohale ja kaetakse jodoform-marlega ja steriliseeritud sidemega kinni. Sidemest väljapaistvate naelaotsade külge kinnitakse desinfitseeritud raam ja selle külge venitus-nöör raskustega.

Keskmiselt on 10—20 n. raskusega läbi saadud. Teine kord läheb fragmentide korrigeerimiseks ajutiselt tarvis suuremat raskust, mis ülekorrektuuri ilmumisel vähendada tuleb selle määrani, kunni fragmentid üksteise vastu kinni seisavad. Venitusaeg kestab 3—4 nädalat.

Naelaekstensiooniga on senni ravitsetud 21 luumurret ja nimelt:

<i>Fractura femoris</i>	— 6	juhtumist
„ <i>cruris</i>	— 6	„
„ <i>cruris compl.</i>	— 6	„
„ <i>fibulae</i>	— 1	„
„ <i>malleolorum</i>	— 1	„
„ <i>malleol. int.</i>	— 1	„

Ühel juhtumisel *fract. compl. cruris* ei saanud ravitsemist lõpule viia, sest et haige kopsupõletikku suri. Selle haige haiguse käik on lühedalt järgmine:

Haige J. N., 60 a., tuli ravitsemisele 31. VII 1921 a. Kolm nädalat tagasi jäi metsas puuraiumise juures jalgupidi puu vahele. Kohale kutsutud arst konstateeris parema sääreluu murde ja sidus jala schiini peale. 31. VII. Säärte peal naha haavad ja pigmentatsioonid. Röntgen näitab *fract. tibiae et fibulae* dislokatsiooniga. Haige nõrga kehaehitusega, kõhib. Kopsudes raginad. Perkussioon selget tumestust kuskil ei anna. 2. VIII. Ilma unerohuta naelaekstensioon läbi kandluu; temp. õhtu 37,5, 3. VIII temp. 38,5, 4. VIII peale temp. 38,5—39,5 vahel. Haige seisukord läheb päev päevalt halvemaks. Mõlemates kopsudes raginad. Ravitsemine — kompressid ja digitalis. Naela ümbruses ei ole kõigevähematki reaktsiooni. 11. VIII. Exitus let.

Arusaadavalt ei ole antud surmajuhtumisel mingisugust ühendust naelaekstensiooniga.

Mis naela koha valikusse puutub, siis aeti nael 5 reieluu murdel *condyl.* läbi ja 1 juhtumisel, kus kaunis suur murdehämatoom oli, *tibia* peast. Kõikide sääreluu murrete juures valiti naela läbiajamise kohaks kandluu. Piltlikuks näituseks, kuidas dislotseeritud fragmendid distraheeriva jõu sõna kuulevad, olgu lühike väljavõtte järgmisest haiguse loost:

Haige S. J. 19 a., võeti ravitsemisele 26. IV 1921 a. Päev enne seda oli tema kiigelt kukkunud. Diagnoos — parema reieluu murd. Röntgen näitab *dislocatio ad longitudinem* umbes $1\frac{1}{2}$ ctm. 26. IV. Bardenheuer'i ekstensioon mastisooliga kleebitud puuvilla sidemega. Venitus-raskus 25 n. 28. IV. Kontroll näitab endist seisendit. Raskus 30 n. 30. IV. Endine fragmentide seisend. Venitus — 35 n. 2. V. Seisend endine. 40 n. Haige kaebab venitusraskuse valude üle. 4. V. Fragmentid endiselt dislotseeritud. 5. V. Ekstensioon võetakse küljest ära, sest et side kohati naha sisse lõikab. Salvi lapid vigastud kohtadele. 9. V. Naelaekstensioon läbi *condyl.* 30 n. raskusega. 12. V. Dislokatsioon $\frac{1}{2}$ ctm. võrra ülekorri-geeritud. Vähendatakse raskust 5 n. võrra. 18. V. Väike naha dekuubituse naela seespool otsa ümber seröös sekretsiooniga. 19. V. Raskust vähendatakse veel 5 n. võrra. Väike *dislocatio ad latus* tarvitab külje-ekstensiooni. 20. V. Fragmentide seisend hea. Venitus-raskus 15 n. 30. V. Venitus võe-

takse ära. Tugev kallus. Vigastud jalg teisega ühepikune. 22. VI. Kirjutakse kliinikust välja.

Meie äranägemise järele on *dislocatio ad longitudinem* naelaekstensiooniga lühikese ajaga korrigeeritav. Et meie väikeste venituse-raskustega töötasime, siis jäi teinekord fragmentide väike vaheline seisend alles, mis aga nii tähtsusetu oli, et edasi korrigeerimist ei nõudnud. *Dislocatio ad latus* aga on mõnikord naelaekstensiooniga üksi raske korrigeerida ja nõuab seesugusel juhtumisel ka külje pealt venitust.

Peale ühe juhtumise, mis praegu veel ravitsemisel, ei ole meie aeglast konsolidatsiooni mitte tähele pannud. Kuid ka antud korral, kus 11 nädala jooksul veel mitte täielik konsolidatsioon tekkinud ei ole, ei taha meie seda nähtust naelaekstensiooni arvesse kirjutada. Haigel oli rehepeksu aurukatla jalast ülesõidu tagajärjel väga raske *fract. compl. cruris*. *Tibia* oli kahest kohast murdunud ja peale selle veel üksikud killud ja *fibula* — ühest kohast. Lihaste ja naha haavad olid suured ja ulatasid keskreieni.

Naela logisemist luu kanaalis ei ole meie kunagi näinud. Nael on väljatõmbamise ajal niisama kõvasti luu sees, kui selle läbiajamise ajal. Tuleb kaunis tugevasti tõmmata enne kui välja libiseb. Meie arvates ei või naela logisemist ülepea ette tulla Steinmann'i poolt soovitud venitus-apparadi tarvitamisel. Naela otsadesse käivad kaks teraspoogent, millede teised otsad kruviga kõvasti ühendakse, sünnitab seesuguse kindla raamikonstruktsiooni, kus naelal liikumise võimalust ei ole. Mõnel pool tarvitatakse Steinmann'i apparaadi asemel naela otsadesse käivat traadist paenutatud loogataolist instrumenti. Viimase paenutus võib liigutuste juures naela vibutamist sünnitada ja seega ehk ka tema lõdvenemist.

Valu nähtused naelaekstensiooni juures olenevad vist küll haige sensibiliteedist. Üks isik on juba kõige vähema vigastuse vastu väga tundelik, kuna teine samasugustel tingimistel valu üle ei kaeba. Tundelikkus ühe ja sellesama isiku juures ei ole alati ühetaoline ja oleneb teataval määral ka haige meeleolulisest seisukorrast. Sellega siis seletav nähtus, et mõni haige täna valu üle kaebab, homme aga mitte ehk ümberpöörduvalt. Suurem osa haigeid ei kaebanud nimetamiseväärt valu üle. Ainult üks kord — ülemalnimetud haige, kes praegu veel ravitsemisel — tuli valu pärast nael välja võtta. Kolme nädala jooksul ei sünni-

tanud nael vähematki valu. Neljanda nädala algul hakkas haige kaebama valu üle, mis kahe päeva jooksul nii suureks läks, et nael tuli välja tõmmata. Naela aukude ümbrus oli reaktsioonita ja ühest naela august mõni päev kestev sekretsioon väike. Ekstensioon oli siin oma ülesande juba täitnud, fragmentide seisend oli täiesti rahuloldav ja konsolidatsioon alanud.

Jõudes kõige tähtsama, s. o. infektsiooni küsimuse juurde, peame tunnustama, et käies Steinmann'i näpunäidete järele ja hoides eemale murde hämatoomist, milles infektsiooni tekkimine võimalik, meie kunagi äkilist põletikku tähele pannud ei ole. Ühel reieluu murde korral, kus nael *condyl.* oli läbi aetud, tekkis kolmandal päeval põlves mitte suur seröös eksudaat, temperatuuriga kuni 37,4, mis iseenesest mõne päeva jooksul kadus.

Naela aukude ümbrus on peale eespool kirjeldud dekuubitust alati reaktsioonita olnud. Dekuubituse tekkimist nimetud korral ei tule mitte meetodi, vaid ravitsemise tehnika süüks lugeda. Nael oli pisut lühike ja teraspoogna pea rõhus naha peale.

Suuremat sekretsiooni naela aukudest ei ole ka kunagi ette tulnud. Läbisegi kümne päeva jooksul peale naela väljavõtmist on sekretsioon kadunud. Fistula järeljäämist ei ole juhtunud, niisama ei ole tähele pandud luu sekvestratsiooni.

Peame tunnustama, et ravitsemise tagajärgedega üldiselt väga rahul oleme. Iseäranis silmapaistev on komplitseeritud luumurrete ravitsemise hõlpsus. Ka kõige suuremad naha ja lihaste haavad puhastuvad hästi ja paranemine läheb palju kiiremini, kui teiste meetodide tarvitamise korral.

Otse üllatav oli naelaekstensiooni mõju mõlema *malleolus*'e murde juhtumisel. Röntgeni ülesvõte kolmandal päeval näitas, et sisemine malleolus nii hästi oma kohale oli asendunud, et vaevalt murde joon ära tundus. Välimine malleolus seisis otsaga veel pisut väljapoole, missuguse puuduse kõrvaldas lisaekstensioon külje pealt.

Varajase masseerimise ja liigutuste võimaluse tõttu jäävad ära lihaste kõdunemise ja liikmete kangestuse nähtused. Kondima hakates tarvitavad haiged juba algusest peale murtud jalga kindlalt ja vabalt.

Kõiki omi kogemusi ja saadud tagajärgi kokku võttes, peame tunnustama:

1. Naelaekstensioon on suurevärtusline luumurrete ravitsemise abinõu.



2. Naelaekstensioon on tehniliselt lihtne. Tema venitusjõuga ei saa ükski teine meetod võistelda.
3. Naelaekstensioon võimaldab paremini kui ükski teine meetod vigastud liikme alalist kontrolli, haavade sidumist, masseerimist ja liigutusi.
4. Naelaekstensioon ei sünnita nimetamiseväärilist valu ja tema infektsiooni hädahoht ei ole mitte suur.
5. Naelaekstensiooni tuleb ravitsemise metoodiks valida, kus fragmentide dislokatsioon suur on, iseäranis mitte enam värsketel ja eraldi komplitseeritud luumurrete juhtumistel.

Kirjandus *).

F. Steinmann, Die Nagelextension der Knochenbrüche. Neue Deutsche Chirurgie Bd. I. 1912. F. Steinmann, Die Nagelextension. Ergebnisse der Chirurgie u. Orthopädie Bd. VIII. Ott, E., Die Behandlung der Oberschenkelschussfrakturen mit der Nagelextension (Münch. med. Wochenschr. 1916 № 29 u. 30). Lederberger, J. u. Zollinger, F., Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelextension bei Oberschenkelschussfrakturen (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. CXXXVII Hft. 5 u. 6). Kantak J., Erfahrungen über die Nagelextension (Bruns Beiträge zur klin. Chir. Bd. LXXXVII Hft. 2). Riedl, H., Erfahrungen mit der Nagelextension (Langenbeck's Archiv. Bd. CIII, Hft. 2). Hoffmann, Eine neue Extensionsklammer für Nagelextension ohne Beschädigung der Knochen (Deutsche med. Wochenschr. 1916 № 33). Degenhardt, H., Die Behandlung an Schussfrakturen des Ober- u. Unterschenkels mit Nagelextension (Bruns Beiträge Bd. CIII. Hft. 5). Christen, Zur Mechanik der Nagelextension (Arch. f. klin. Chir. Bd. CII, Hft. 2). Klapp, Besondere Formen der Extension. Drahtextension am Knochen (Zentralbl. f. Chir. 1914 № 29). Gelinsky, Die Drahtextension am Calcaneus. (Rf Zentralbl. f. Chir. 1914 № 34). Colmers, F., Über eine zweckmäßige Modifikation der schiefen Ebene zur Lagerung von Oberschenkelbrüchen bei Nagelextension (Münch. med. Wochenschr. 1917 № 2). Finsterer, H., Die Nagelextension bei frischen u. schlecht geheilten Ober- u. Unterschenkelbrüchen (Wiener med. Wochenschr. 1917 № 1). Hagedorn, Die endgültige Brauchbarkeit der Nagel- u. Drahtextensionen (Deutsche med. Wochenschr. 1917 № 19). Hoessly, H., Zur Erweiterung

*) Täielik kirjanduse ülevaade kuni 1914 aastani on ilmunud algusel nimetud Steinmann'i töodes.

der Indikation für die Nagelextension (Zentralbl. f. Chir. 1918 № 44). Warsaw, L., Nagelextension bei Oberarmschussbrüchen (Zentralbl. f. Chir. 1918 № 44). Linnartz, M., Zur Technik der Nagelextension (Zentralbl. f. Chir. 1918 № 34). Sievers, Die direkte Nagelextension. (Deutsche med. Wochenschr. 1919 № 17). Forel, F., Pince à extension pour fractures (Revue méd. de la Suisse 1918 № 5. Rf. Zentralbl. f. Chir.). Ansinn, K., Nagel- oder Drahtextension (Zentralbl. f. Chir. 1920 № 11). Ansinn, O., Spannbügel zur Extensionsbehandlung (Zentralbl. f. Chir. 1919 № 47). Freiherr v. Sacken, Über die operative Behandlung der Frakturen u. ihre Folgezustände (Arch. f. klin. Chir. Bd. CX Hft. 3 u. 4). Wagner, O., Über die Behandlung von Schussfrakturen der unteren Extremität mit Nagelextension (Arch. f. klin. Chir. Bd. CVIII Hft. 1). Grabowski, A., Erfahrungen mit der Nagelextension (Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. CXXXII Hft. 5 u. 6). Hohmeier, F., Die Behandlung der Schussfrakturen des Oberschenkels mit besonderer Berücksichtigung der Nagelextension. (Brunns Beiträge z. klin. Chir. Bd. 96, Hft. 2.)

Encephalitis epidemica (lethargica).¹⁾

Prof. L. Pussep (L. Puusepp).

Direktor der Nervenlinik der Universität Dorpat.

Unter den Epidemien der letzten Jahre ist besonders bemerkenswert eine epidemische Erkrankung des Gehirns, welcher v. Economo²⁾, der die Krankheit zuerst genauer beschrieben, den Namen Encephalitis lethargica gegeben hatte.

Diese Erkrankung des Gehirns, durch einige Besonderheiten von einer Reihe ähnlicher Erkrankungen sich unterscheidend, offenbart sich als ausserordentlich schwere Störung, mit hoher Mortalität und sehr schweren, meistens unheilbaren Folgezuständen.

In den letzten 3 Monaten beobachteten wir 18 Fälle dieser Erkrankung, unter ihnen 2 mit letalem Ausgange; da einige von diesen Fällen klinisch beobachtet worden sind, halte ich es für möglich, sogar notwendig, sich mit der Frage über die Entstehung und den Charakter dieser Erkrankung zu befassen, um letztere in die Reihe der anderen Erkrankungen des Gehirns einzureihen.

1) Vortrag auf der Versammlung der estnischen Militärärzte.

2) W. Kl. W., 1917, № 19; Neue Zeitschr., № 21; J. f. Psych. u. Neur. 1918, № 38.

Der erste Fall dieser Art wurde beobachtet in Wien im Winter 1916 und ist ausführlich von v. Economo beschrieben worden. Nach diesem erschien eine Menge ähnlicher Fälle und die Epidemie umfasste eine Reihe von Städten Zentral-Europas. Von hier verbreitete sie sich nord- und westwärts, griff über nach Frankreich, England, Amerika, Norwegen, Schweden und Finnland um schliesslich Ende November 1920 in Estland zu erscheinen. Jedoch die Erkrankungen erreichten in einzelnen Ländern keine hohen Ziffern und die Mortalität war in verschiedenen Gebieten durchaus nicht gleich.

In Stuttgart z. B. erreichte die Mortalität 37,5% (Cohn u. Laube), in Frankfurt 27,3% (Hayser-Petersen), in Köln 33% (Moritz), in Magdeburg 87,5% (Höstermann). Nach Gestermanns Angaben war die Mortalität in München und Wien ebenfalls hoch. Von Estland kann man fürs erste nur annähernd sprechen, in jedem Falle wird die Mortalität aber nicht mehr als 10% erreichen. Dieses kann man deswegen annehmen, weil anscheinend die Virulenz des Giftes mit der Verbreitung abnimmt. v. Economo vermerkt, dass eine mit Encephalitis lethargica identische Erkrankung schon im Jahre 1712 in Tübingen beobachtet worden und von Camerarius beschrieben ist unter dem Namen „Schlafkrankheit“. Im Jahre 1890 wurde in Italien eine ähnliche Erkrankung beobachtet, bekannt unter dem Namen „Nona“.

Diese Erkrankung erscheint folglich, wie es scheint, nicht zum ersten mal und einige Autoren meinten sogar, dass die bei der epidemischen Grippe beobachteten Fälle von grippöser Encephalitis mit dieser Erkrankung identisch seien.

Jedoch der Charakter ihrer Entwicklung, zuweilen ohne irgend welche grippösen Erscheinungen, auch weil bis jetzt nur in einer geringen Zahl von Fällen Influenzabazillen gefunden worden sind, in anderen Fällen aber Streptokokken und hauptsächlich *Streptoc. pleomorphus*, lässt die Abhängigkeit dieser Erkrankung von der Grippe als unwahrscheinlich erscheinen. In Betracht ziehend Wiesners¹⁾ Beobachtung, kann man mit grosser Wahrscheinlichkeit sich gegen einen obligatorischen Zusammenhang dieser Erkrankung mit der Grippe aussprechen. Wiesner bereitete aus dem Gehirn eines an Encephalitis Ge-

1) Wiesner. W. Kl. W., 1917, № 30 und 1918, № 41.

storbenen eine Emulsion, die er unter die Dura eines Affen einführte und bekam eine Erkrankung mit charakteristischen Erscheinungen einer Encephalitis. Wenn die Erreger dieser Krankheit Influenzabazillen gewesen wären, so hätte eine charakteristische grippöse Erkrankung sich einstellen müssen, oder irgend eine andere, jedoch keine identische encephalitische Form, weil die Grippezellen keine spezifische Wirkung auf das Hirngewebe haben. Hier dagegen wurde ein, nach den Symptomen, vollständig mit der epidemischen Encephalitis gleiches Krankheitsbild hervorgerufen, folglich waren in der Emulsion die spezifischen Erreger, als welche Weisner eine von den Streptokokkenformen rechnet, enthalten.

Laubner¹⁾ hat aus dem Blute eines an Encephalitis Erkrankten Diplokokken ausgeschieden, welche er nach dem mikroskopischen Aussehen und dem Charakter ihres Wachstums als identisch mit den von Wiesner gefundenen ansieht. Versuche mit intraperitonealen Injektionen von 0,3 dieser Kultur an Mäusen, ergaben 6 Stunden nach der Injektion ein schweres Krankheitsbild: die Maus sass unbeweglich mit geschlossenen Augen und erschwerter Atmung. Allein 24 Stunden nach der Injektion erholte sie sich wieder. Eine Injektion von 0,8 derselben Kultur an Kaninchen ergab keine Resultate. Laubner kommt auf Grund seiner Versuche zum Schluss, dass der Streptokokkus ohne Zweifel, als einer von den Krankheitserregern bei epidemischer Encephalitis sich erweist; die Frage, in welchem gegenseitigen Verhältnis der Streptokokkus zu den Influenzabazillen steht, lässt er jedoch unentschieden.

Andererseits wurden bei der richtigen grippösen Encephalitis der Erreger mit denselben Eigenschaften ausgeschieden von Wiesner, Bernhard²⁾, Löschke u. and.; Löwenthal³⁾ fand bei der typischen Form reiner epidemischer Encephalitis Influenzabazillen in der Milz.

Folglich ist die Frage über den Erreger dieser Krankheit und über ihr Verhältnis zur Grippe noch nicht entschieden.

Die Meinung Grünwalds, dass die Grippe gewissermassen

1) Cohn und Laubner. Münch. Med. W., 1920, № 24.

2) M. Med. W., 1920, №№ 8 u. 16.

3) M. Med. W., 1920, № 14.

die Eingangspforte bildet durch welche hernach der Infektionserreger für Encephalitis in den Körper gelangt, hat vieles für sich.

Encephalitiden werden überhaupt beobachtet als Komplikation bei vielen Infektionskrankheiten und unterscheiden sich von einander in so geringem Masse, dass man sie als eine einheitliche Krankheit auffassen kann. Sogar die Encephalitis lethargica ergibt bei weitem kein vollständig einheitliches Bild und die einzelnen Fälle unterscheiden sich soweit von einander, dass Dreyfus¹⁾ 8 verschiedene Formen ausgeschieden hat. Er teilt sie in:

1) Encephalitis lethargica in eigentlichem Sinne des Wortes, wo die Schläfrigkeit überwiegt.

2) Encephalitis choreatica, wo an erster Stelle choreatische Bewegungen an den Extremitäten und am ganzen Körper stehen.

3) Encephalitis athetotica, charakterisiert durch schmerzhaftes Parästhesien und athetotische Bewegungen in den Extremitäten.

4) Encephalitis agitata, ausgezeichnet durch Erregungszustände, Halluzinationen, bisweilen aggressiven Akten.

5) Encephalitis convulsiva, mit Krämpfen, zuweilen in Form von Epilepsie.

6) Encephalitis meningitica, die sich mit starken Kopfschmerzen äussert, mit Erbrechen und Schlafsucht, mit einigen meningealen Erscheinungen, wie Pulsverlangsamung, Nackenrigidität, Kernigs Symptom.

7) Encephalitis cum rigore, hauptsächlich durch tonische Krämpfe charakterisiert, bisweilen so ausgesprochenen, dass der Kranke steif wie ein Brett liegt.

8) Encephalitis hemiplegica, bei welcher halbseitige Lähmungen beobachtet werden.

Wie schon die Benennung beweist, stützt sich diese Klassifikation auf das eine oder andere Symptom, oder auf eine Gruppe von Symptomen. Gewiss ist solch eine Klassifikation künstlich und unnütz weil eine solche Teilung ohne anatomische Grundlage unwissenschaftlich genannt werden muss und nur zu Missverständnissen führen kann. Ausserdem müssen unter den genannten Encephaliden einige Formen anderswärts untergebracht werden, sogar nicht unter Encephalitis, sondern zu den schon

1) Münch. Med. Woch., 1920, № 19.

längst bekannten Formen, so z. B. Encephalitis meningitica muss als meningo-encephalitis betrachtet werden — eine allgemein anerkannte Form, die keine besondere Gruppe der Encephalitis lethargica bildet. Encephalitis im allgemeinen — ist eine Entzündung der Hirnsubstanz und kann als solche diese oder jene Symptome hervorrufen je nach der Lokalisation und deshalb ist eine Einteilung dieser Erkrankung in einzelne Formen unrationell.

In meinen 18 Fällen beobachtete ich Symptome, welche gewissermassen alle anderen Fälle von einander schieden; andererseits liessen sich in allen Fällen eine Reihe von Symptomen unterscheiden, die allen Erkrankungen gemeinsam waren, weshalb man sie auch als zu encephalitis lethargica gehörig zählen konnte.

Bei der Betrachtung unserer Fälle von diesem Standpunkt aus, können wir 2 Symptomgruppen unterscheiden:

1) Ständige Symptome, charakteristisch in ihrer Gruppierung für Encephalitis lethargica und 2) unbeständige — für alle Formen — Symptome, die von der Lokalisation oder Ausbreitung der Prozesse abhängen.

Zu den ständigen Symptomen gehören:

a) Schlafsucht. Der Kranke befindet sich in schläfrigem Zustande, macht den Eindruck eines ruhig Schlafenden; beim Wecken öffnet er zuerst die Augen, wobei es deutlich wird, dass die Augenlider mit Mühe sich heben, dann hält er die Augen halbgeöffnet — die oberen Augenlider sind bis zur Hälfte geschlossen die ganze Zeit über, wo es gelingt den Kranken im wachen Zustande zu erhalten. Wenn man den Kranken sich selber überlässt, verfällt er wieder in den Schlaf. Zwei mal sah ich eine besonders ausgesprochene Schlafsucht: die Kranken konnten nur die Augen öffnen und schliefen sofort wieder ein.

b) Das Allgemeinbefinden ist, wenigstens subjektiv, gut. In allen meinen Fällen antworten die Kranken auf die Frage über das Befinden mit „gut“.

c) In allen Fällen beobachtete ich mehr oder weniger ausgebreitete klonisch-krampfartige Muskelkontraktionen; jedoch nicht immer waren sie scharf ausgeprägt, immerhin jedoch deutlich wahrnehmbar. In 4 Fällen waren ganz geringe Muskelzuckungen an der einen Gesichtshälfte, in 8 Fällen an den Fingern und Zehen, mehr ausgesprochen auf einer Körperhälfte, in 2 Fällen

in der Oberschenkelmuskulatur, in 4 Fällen in der Bauchmuskulatur.

d) In fast allen Fällen liess sich bei sorgfältiger Untersuchung Herabsetzung des Gedächtnisses feststellen.

Der Kranke konnte sich solcher Ereignisse erinnern, die vor der Krankheit geschehen, jedoch was während der Krankheit, sogar vor einer Stunde passiert war, dessen konnte er sich nicht entsinnen; dieses lässt sich wohl dadurch erklären, dass der Kranke alle Eindrücke im schläfrigen Zustande empfing.

e) Eine Beteiligung der Augenmuskulatur, in mehr oder weniger starker Form, beobachtete ich in allen meinen Fällen. Wobei ich in 12 Fällen ein deutlich wahrnehmbares laterales Schielen, hervorgerufen durch Affektion eines n. oculomotorius, in 2 Fällen eine Affektion beider N.n. oculomotorii, in 3 Fällen eine leichte Parese des N. Abducens, in 1 Falle eine beiderseitige Parese des N. Abducens und einseitige Parese des n. Trochlearis.

f) In allen Fällen liess sich eine Temperaturerhöhung feststellen: in 5 Fällen nicht mehr als auf 37,5—37,8, in 11 Fällen erreichte die Temperatur 39,0—40,0 und in 2 Fällen sogar 42,0°. Die letzteren Fälle endeten letal.

Folglich können schon diese für alle Formen der Encephalitis lethargica gemeinsamen Symptome als Grundlage für die Diagnose gelten. Die anderen Symptome, in den einzelnen Fällen verschieden, verhelfen zur endgültigen Klarstellung der Diagnose. Zu diesen Symptomen gehören: choreatische Bewegungen, welche ich in 5 Fällen beobachtet habe, Störung des statischen Gefühls — in 2 Fällen, Atethosis — in 1 Falle, Schluckstörungen und andere Bulbarsymptome in 2 Fällen.

In letzteren 2 Fällen liessen sich Atmungsstörungen konstatieren.

In 2 Fällen fehlte die Pupillenreaktion auf Licht. Von Seiten der Blase war in einem Falle Inkontinenz, in 3 Fällen Harnverhaltung.

Krämpfe in Form von Epilepsie waren in einem Falle; ebenfalls einmal war Katalepsie.

In einem Falle beobachtete ich Schmerzen in den Extremitäten, verbunden mit choreatischen Bewegungen, d. h. die sogenannte Syndrome thalamique.

In 16 Fällen beobachtete ich stark gesteigerten Appetit;

die Kranken waren beständig hungrig und assen sehr viel, mehr als gewöhnlich.

Zur Illustration des Beginnes, der Symptomatologie und des Verlaufes der Krankheit, möchte ich einige von meinen Fällen, die am meisten bemerkenswerten, anführen.

I. Der Kranke K., 42 Jahre alt, erkrankte plötzlich Ende November 1920, fühlte sich sehr matt, klagte über leichte Kopfschmerzen und Schläfrigkeit und legte sich am selben Tage ins Bett. Am anderen Morgen war die Temperatur erhöht, 37,8, abends 38,2, die Schläfrigkeit viel stärker, es stellten sich Zittern in den Händen und Diplopie ein. Auf die Fragen der Angehörigen antwortete der Kranke, verfiel darauf aber wieder in den Schlaf. Seine Frau bemerkte, dass das rechte Auge nach rechts abgelenkt war. Am 3. Tage antwortete Patient ungern auf Fragen und nur im Flüstertone.

Bei der Untersuchung des Kranken am 4. Tage liess sich eine leichte linksseitige Facialisparesie konstatieren, eine Abweichung des rechten Augapfels nach aussen (paresis n. oculomotor.) und eine Erweiterung der rechten Pupille. Ein Zittern der Hände, links mehr ausgesprochen, leichte Zuckungen der Bauchmuskulatur, leichter Nystagmus nach rechts; beiderseitige Ptosis. Sehnen und Hautreflexe ohne besonderen Befund, Sensibilität nicht gestört, keine Lähmungen, keine Ataxie. Beim Aufwecken bittet er sofort um Essen und isst mit grosser Habgier. Am 8. Tage alle Erscheinungen in statu quo ante, nur kamen noch hinzu Muskelzuckungen in der linken Gesichtshälfte und eine verlangsamte Pupillenreaktion beiderseits. Temperatur 38,0 morgens, 39,0 abends. Im Laufe 3-er Wochen blieb der allgemeine Zustand sich gleich, die Schläfrigkeit dieselbe. Auf Fragen über sein Befinden antwortet der Kranke jedesmal „gut“. Im Laufe der 4. Woche wechselte zeitweilig die Schläfrigkeit mit einem Erregungszustande, welcher 24 Stunden anhielt, wobei der Kranke sich aufrichten, aus dem Bette steigen wollte und darauf bestand, dass man ihn in den Dienst lassen wolle; dabei stellte sich Schlaflosigkeit ein.

In der 7. Woche besserte sich der Zustand des Kranken sichtlich, die Gesichts- und Oculomotoriusparesie verschwanden.

Die Schlaflosigkeit besserte sich, der Kranke konnte wieder schlafen, es war noch eine Schwäche beim Sprechen nachgeblieben: der Kranke sprach im Flüsterton. Im Laufe der 8. Woche fühlte der Kranke sich wieder gesund und nahm seine Tätigkeit auf, jedoch beim Befragen über die überstandene Krankheit konnte er sich keiner Einzelheiten erinnern, konnte die Personen nicht nennen, die ihn besucht. Während der Krankheit hatte er gegen 5 Kilo an Gewicht zugenommen.

II. Die Kranke, 28 Jahr alt, erkrankte plötzlich während sie zum Besuch war. Es stellten sich Schwindel, Doppelsehen und Schläfrigkeit ein, wobei sie sich selbstständig nicht fortbewegen konnte und mit Begleitung nach Hause transportiert werden musste.

Die Temperatur war an diesem Abend 38,1, es war Schnupfen vorhanden. Schon 3 Tage vor der Erkrankung klagte die Kranke über eine eigentümliche Müdigkeit und wies darauf hin, dass es ihr schwer fiel den Gesprächen zu folgen, weil sie den Faden verlor und eine Schläfrigkeit sie plagte.

Im Laufe einer Woche entwickelte sich das Bild einer Encephalitis lethar-

gica mit Schlafsucht, Parese der linken oberen und unteren Extremität und des n. facialis dext. Reflexe links erhöht, links Babinskischer Reflex deutlich ausgesprochen. Der rechte Augapfel nasalwärts abgelenkt; Pupillen erweitert, reagieren träge auf Licht. Rigidität der Halsmuskulatur und Kernig's Symptom nicht vorhanden.

Am 9. Krankheitstage liessen sich feststellen: Herabsetzung des Schmerzempfindens auf der linken Gesichtshälfte, Fehlen des Bauchreflexes rechts, bei erhaltenem Reflex auf der linken Seite.

Schläfrigkeit weniger ausgesprochen im Vergleich zu den ersten Tagen. Andere Krankheitssymptome nicht zu konstatieren.

Am 15. Krankheitstage waren alle Erscheinungen von Parese des Gesichts und der Extremitäten geschwunden; nachgeblieben war noch eine geringe Ablenkung des Auges nach innen; es stellte sich Schlaflosigkeit ein, die keiner Behandlungsmethode weichen wollte. Obwohl die Kranke nach 3 Wochen im ganzen genesen, war die Schlaflosigkeit nicht gewichen und dauerte den ganzen nächsten Monat an.

III. Der Kranke B., 48 Jahre alt, erkrankte Anfang Dezember nach vorhergehender akuter Alkoholintoxikation. Gegen Abend des Tages nach dem Gelage stellten sich Schwindel, Doppelsehen und Schüttelfrost ein. Der Kranke beachtete diese Erscheinungen nicht, weil er sie als Folge des Alkoholrausches hielt. Am nächsten Tage hatte er Schmerzen in allen Gliedern und in der Wirbelsäule, Husten und Schnupfen, allgemeine Müdigkeit, einen Druck im Kopf, konnte seinen Kopf nicht aufheben vom Kissen, weil jedesmal sich sofort Schwindel einstellte. Das Doppelsehen verschwand. Der herbeigerufene Arzt konstatierte Influenza und machte entsprechende Verordnungen. Alle Erscheinungen verschlimmerten sich jedoch, es stellten sich Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur und in der Hand ein, das Doppelsehen kam wieder zum Vorschein, die Schläfrigkeit nahm zu; über Schmerzen in den Gliedern und in der Wirbelsäule klagte der Kranke nicht mehr, ebenfalls nicht über Husten und Schnupfen. Da die Verordnungen vollständig versagten und der Allgemeinzustand sich verschlimmert hatte, wurde ein Spezialist konsultiert, wobei sich eine Erhöhung des Patellarreflexes auf der linken Seite konstatieren liess bei fast vollständiger rechtsseitiger Abschwächung; beide Achillesreflexe geschwunden, stark erhöhte Bauchdeckenreflexe, nasales Schielen durch Erkrankung des mm. recti lateral. beiderseits; Herabsetzung der Schmerzempfindung und des Muskelgefühls an der linken unteren Extremität, Gedächtnisschwäche, Schläfrigkeit, geringe Rigidität des Nackens. Auf Grund dieses hatte der Spezialist die Diagnose: Meningitis auf syphilitischer Basis gestellt und schlug eine spezifische antiluetische Behandlung vor.

Jedoch das Steigen der Temperatur auf 40,0 am 2. Tage nach dieser Diagnose erweckte berechnete Zweifel beim Hausarzt in der Richtigkeit der Diagnose und es wurde ein anderer Spezialist zur Konsultation gebeten. Bei der Untersuchung des Kranken wurde eine Erkrankung beider nn. abducentes festgestellt, linksseitige Parese der oberen und unteren Extremität mit choreatischen Zuckungen in beiden. Ptosis beider Lider, träge Reaktion beider Pupillen auf Licht, stark ausgesprochene Schlafsucht; der Kranke antwortet ungern auf Fragen, spricht im Flüsterton, auf die Frage wie er sich fühlt, wird geantwortet „gut“, Schmerzempfindungen fehlen vollständig. An den

linksseitigen Extremitäten sind die Sehnenreflexe erhöht, der Babinski'sche Reflex schwach positiv auf derselben Seite, Plantarreflex fehlt, im unteren $\frac{1}{3}$ des Unterschenkels alle Sensibilitätsarten herabgesetzt, in der Bauchmuskulatur rhythmische Zuckungen. Lider halb geschlossen, mit schwachen Zuckungen, in der Zunge ebenfalls Zuckungen fibrillären Charakters. Die Zunge wird mit Mühe hervorgestreckt, eine Rigidität des Nackens liess sich nicht konstatieren, ebenfalls kein Kernig'sches Symptom. Die Occipitalgegend ist beim Beklopfen empfindlicher als die anderen Schädelpartien. Cerebrospiralflüssigkeit — normal. Alles dieses wies auf Encephalitis lethargica hin, was durch den weiteren Krankheitsverlauf bestätigt wurde.

Im weiteren Verlauf wurde nach 1 Woche eine bedeutende Besserung konstatiert nach hohen Aspirindosen und Einreibungen mit Ungt. Crédé: alle Krankheitssymptome schwanden nach und nach; 6 Wochen nach der Erkrankung fühlte der Kranke sich bedeutend besser, klagte noch über rasche Ermüdbarkeit, Gedächtnisschwäche und allgemeine Schwäche.

IV. Der Kranke I., 24 Jahr alt, im Kontor beschäftigt, erkrankte plötzlich auf dem Wege zu Bekannten. Fühlte Schwindel, Schläfrigkeit und allgemeine Müdigkeit; er ging nach Hause, legte sich ins Bett und war bettlägrig im Laufe 3-er Wochen. Am nächsten Tage war er schon sehr schläfrig und nur wenn man sich an ihn mit Fragen wandte „grunzte er entgegen wie ein Ferkel“. Am 3. Krankheitstage untersuchte ich ihn und fand nur Schläfrigkeit, eine unbedeutende Abweichung des linken Auges nach aussen und eine unbedeutende Abweichung der Sehnenreflexe rechts; andere krankhafte Erscheinungen liessen sich nicht feststellen. Auf die Frage nach dem Befinden antwortet er „gut“ mit leiser Stimme. Die Temperatur stieg nicht über 37,5 abends. Nach 2 Wochen verschwand die Schläfrigkeit, der Kranke fühlte sich wieder gesund, hatte aber alles vergessen, was mit ihm während der Krankheit passiert war, wusste nicht wer ihn besucht hatte und konnte nicht sagen wie lange er krank gewesen. Während der ganzen Krankheitsdauer war die höchste Temperatur abends am 6. Tage 37,6, an den übrigen Tagen hielt sich die Temperatur unter 37,5.

Dieser Fall ist von Interesse als abortive Form der Encephalitis lethargica.

V. Der Kranke B., 21 Jahr alt, Soldat, wurde in die Nervenlinik der Dorpater Universität am 18. Januar 1921 aufgenommen. 5 Tage vor der Einlieferung in die Klinik d. h. am 13. Januar, erkrankte er mit Schüttelfrost, Müdigkeit und Schwäche im ganzen Körper. 2 Tage nach der Erkrankung stellte sich Schläfrigkeit ein und er bemerkte, dass die Augen sich schwer öffnen liessen. Im Moment keine Klagen; auf alle Fragen über sein Befinden antwortet er „gut“. Der Kranke liegt mit spaltförmig geöffneten Augen, das Gesicht ein wenig maskenähnlich, das Hervorstrecken der Zunge ist erschwert, an der Zunge deutliche fibrilläre Zuckungen. Die Augenlider werden nur wenig gehoben, Pupillen leicht verengt, reagieren träge auf Licht, das rechte Auge ist nach rechts abgelenkt, deutlicher Nystagmus nach links. Öffnet den Mund ungenügend. Es besteht eine geringe Parese des rechten n. facialis. Passive Bewegungen der Extremitäten sind frei, aktive Bewegungen werden verlangsamt ausgeführt, jede Bewegung ruft Zittern, ähnlich, dem Intentionszittern, hervor. Idiomuskuläre Kontraktion ist erhöht. Die Extremitäten

bleiben dauernd in der Stellung, die man ihnen gibt (leichte Form von Katalepsie). Die Haut ist trocken, kein Ausschlag, in den Glutaealgebenden unbedeutende Furunkulose. Sehnenreflexe rechts erhöht, der linke unter-normal. Beim Beklopfen des linken lig. patellare wird der rechte Kniereflex ausgelöst. Hautreflexe des Bauches und Plantarreflexe erhöht. Babinskisches Symptom — negativ. Beim Druck auf die Nerven — keine Reaktion. Keine Rigidität der Nackenmuskulatur. Sensibilität anscheinend normal. Cornealreflex links deutlich, rechts stark herabgesetzt, Rachenreflex positiv. Sprechen ist langsam, erschwert, undeutlich, es sind Schluckbeschwerden vorhanden. Die Atmung ist frequent, bis 40 in der Minute und oberflächlich. Perkussion der Lungen — ohne Befund; vesikuläres Atmen, keine Rasselgeräusche. Fremitus pectoralis — normal. Die Zunge leicht belegt. Kein Meteorismus; am Morgen war Stuhl. Uriniert oft. Herzgrenzen in der Norm, die Töne etwas dumpf. Puls wenig gespannt, weich, bis 100 in der Minute. Leber und Milz nicht vergrößert.

20/I. Der Kranke schläft, ist leicht zu wecken; auf Fragen antwortet er kurz und undeutlich. Die Augen sind geschlossen, auf die Frage über sein Befinden antwortet er „gut“. Pupillen reagieren schwach auf Licht. Im unteren Teil der rechten Lunge, hinten, bei der Auskultation kleinblasige Rasselgeräusche. (Schluss in der nächsten №.)

(Tartu Ülikooli Närvi kliinikust. Juhataja: Prof. L. P u u s e p p.)

Abortiivsed encephalitis epidemica kujud.*)

Dr. V. Lindeberg, assistent.

Nii kui teada, on kardinaalsed sümptoomid encephalitis lethargical järgmised: 1) kõrgendatud ihusoojus 2) ja 3) pulsi ja hingamise ekskursioonide kiirenemine 4) unine olek 5) ptosis, nüstagmus, diplopia 6) peavalud 7) hüperästesia 8) väiksed lihaskete tõmbed 9) häkiline algus ja 10) bulimia. — Peale selle terve rida teisi nähtusi enam-vähem tihti ettetulevaid ja varieerivaid. Mitmete autorite poolt on enceph. epid. hulka arvatud haigusi, mille juures ettetulevad Kernigi sümptoom, kaela lihaskete rigiditeet j. t. meningitis'e või meningo-encephalitis'e sümptoomid. Niisugustel juhtumistel ei ole aga midagi ühist käesoleva encephal. epidemic'aga, sest kaelalihakste kangustus eitab täielikult viimast haigust.

Tahan siin kahte juhtumist esitada, mille sarnaseid viimastel ajal (märts-aprill 1921) mitte harva nähtavale ei tule, kuid

*) Ettekantud Tartu Eesti Arstide Seltsis.

sagedasti, arvatavasti, arstide vaatlemise alla ei sattu. Need juhtumised on enam-vähem kerges abortiiv kujus encephal. epidemica.

I. *Maria M.*, 53 a. vana, lesk, 9 lapse ema. Kliinikusse tuli 20. III. 1921. Anamnees kuni käesoleva haiguse alguseni ei pakku suurt huvi, ainult see asjaolu olgu äratähtsamat, et haige viimasel ajal palju tööd tegema pidi. 18. III. peses õue peal pesu ja häkki tundis iseäralisi tõmbeid ja värisemist alumistes silmalaudades; selle juures läksid silmad raskeks ja kinni. Tõmbed kestsid viie minuti ümber ja kadusid siis; sellele järgnes peaümberkäimine ja südamepööritus. (Minestust, peavalu ja oksendamist ei olnud siis ega järgnevail päevil). Haige läks iseseisvalt tuppa, tundis selle juures pea ringikäimist, unist olekut, heitis voodisse ja magas raskesti kuni järgmise hommikuni. Hommikul, 19. III. tõusis üles ja töötas kuni õhtuni, aga tundis ennast selle juures halvasti. Kõik aeg tikkus okse peale, asju nägi kahekordselt. Õhtuks suurenesid need nähtused. Haige viidi sauna; läks sinna kui unes, hoides silmi kinni, et mitte asju kahekordselt näha. Öösel magas hästi, ülesärkas alles hilja. Terve päev 20. III. käis pea ringi ja ta nägi kahekordselt. Söögiisu oli hea, sõi harilikult.

Status: temp. 36,5, puls 62, hingamin. 22; süda, kopsud — ilma iseäraldusteta; miimika normaal. Silmaterad reageerivad aeglaselt valguse peale; parem silmatera natukene laiem pahemast; silmamunade paremapoole pööramisel on näha nüstagmus, pahemapoole pööramine harilik. Haige lamab ja vastab küsimuste peale poolkinniste silmadega; väiksed tik'imoodi tõmbed mõlemil pool alumistes silmalaudades. Keel ei kaldu kõrvale, ei värise; suu lahtitegemise juures mõlemad pooled ühesugused. Maitsmine, haistmine, kuulmine ilma muutusteta. Ülemises kehaosas väike hüperästesia. Kaela lihaste kangestust ega Kernigi sümpt. ei ole. Põie ja pärasoole talitus õiges korras. Naha- ja kõõlusrefleksid muutumatud; vosomotoor., troofil., sekretoor. korratasi ei ole. Psüühiline olukord muutumata, väike unine olek.

9 päeva oli kliinikus. Lahkumisel tundis ennast veel vähe nõrga olevat, kõik teised nähtused kadunud.

II. *Jakob K.*, 50 a., raudteeametnik. Vastu võetud 2. III. 21. Anamneesis külmetamist, influenzataolist haigust ei ole olnud. Oli raske valvekorra pidamine öösiti. 24. II. hommikul pärast niisugust valvekorda sõi ruttuliselt ja heitis magama, tundes ennast väga unise olevat. Magas kogu selle ja järgmise päeva ja ööd läbi, tõusis üles ainult söömaajaks; naene pani tähele, et mees harilikust rohkem sõi. 26. II. haige juurde kutsutud arst leidis, et haige ei tee silmi lahti, ei ava täiesti suud. Küsimuste peale vastas hästi. Liigutused kätte ja jalgadega olid alles; ka mõistus oli nähtavasti selge. Palavikku ei olnud; silmaterade reaktsioon oli alles. Arst soovitas haiget kliiniku saata, mida aga kohe ei olnud võimalik täita. Haige magas niiviisi kuni 28. II-ni, kus ta 4 tundi üleval oli, lamades voodis lahtiste silmadega, siis uinus jälle ja magas kuni järgmise hommikuni. Tuli telegramm haiget kliiniku saata, haige tõusis üles, kuid oli segane: kartis kurjategijate tulekut, käis ise enesega rääkides tubamööda edasi-tagasi. Peale lõunat heitis jälle voodi ja magas väikeste vaheaegadega järgmise hommikuni. Kliiniku tuli 2. III., kaebas peavalu üle, iseäranis paremal pool. Nähtavat unist olekut ei olnud, küsimuste peale vastas aeglaselt ja vastutahtmist. — Kõige haiguse jooksul põie pidamatust nähtavale ei tulnud.

Status: Ihusoojus harilik, puls 60, hingam. 20. Sisemised orgaanid muutuseta. On tunda veresoonte lubjanemist. Silmaterad mõlemal pool ühesuurused, reageerivad hästi valguse peale. Silmamunade paremale poole pööramisel diploopia (paresis m. recti). Nüstagmus, ptosis nähtavad ei ole. Refleksid kõik muutumatud. Sphaera sensitiva — normaal. Kaela lihaste kangestust ja Kernigi sümpt. ei ole. Lodev seisak ettepoole rippuva peaga.

Haige viibis kliinikus 8 päeva; lahkudes tundis veel väikest pea ringikäimist.

Esimeses juhtumises olid tähelepanndavad: unine olek, nüstagmus, diploopia, alumiste silmalaudade tõmbed, kerge hüperästesia, häkiline algus. Huvitav, et haige päevad läbi magades oma hariliku osa toitu täiesti ära söi. Teises juhtumises: häkiline algus, unine olek, ptosis, mõne tunni kestusel ärritatud olek, aeglane rääkimine, kaela ja keha muskulatuuri lodevus, diploopia. Mõlematel juhtumistel kestis haigus kahe nädala ümber ja ei jätnud peale väsimuse mingisuguseid teisi sümptoome järele.

Niisugused abortiivsed juhtumised on sellepoolest huvitavad, et litteratuuris neid kirjeldatud peaaegu ei ole. Neil juhtumistel on tegemist, arvatavasti, peasjalikult mitte peaju orgaanilise veaga, vaid ajutise vereringvoolu korratusega. Terve protsess mängib peasjalikult halli peajukoe veresoontes, aqueductus Sylvii ümbruses. Mõlematel juhtumistel näeme bulimia't, mis juba varem prof. L. Puusepp'a poolt tähelepanndud ja äratähdendatud Eesti Sõjaväearstide koosolekul. Prof. Puusepp avaldas arvamist, et see haigus oleneb ära peaju iseäralikust anafülaktilisest reaktsioonist. Meie kaks juhtumist, mis kergete hulka kuuluvad, nähtavasti tõendavad seda arvamist.

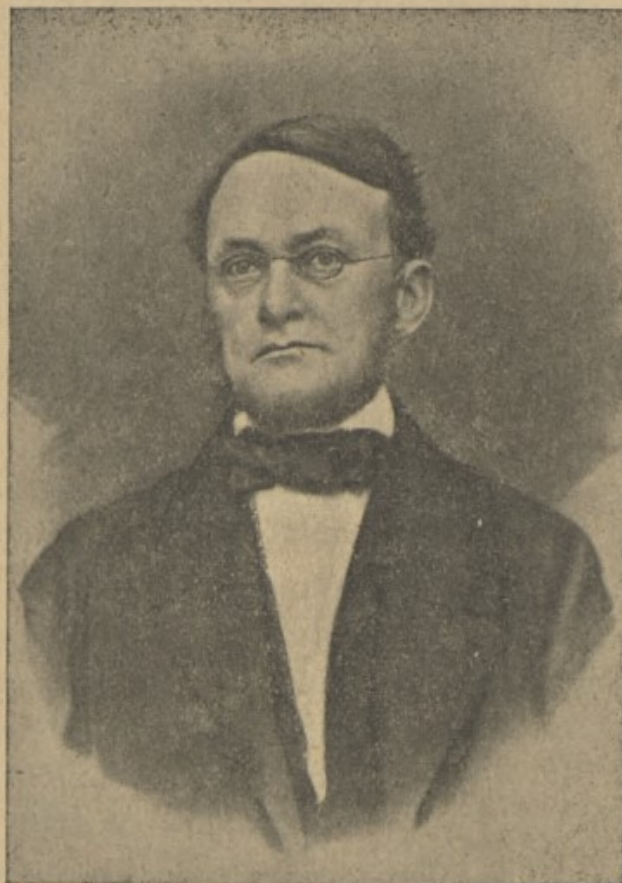
* * *

Resumé: In den Monaten März-April 1921 wurden in der Nervenlinik der Dorpater Universität — Direktor Prof. Pussep — eine Reihe leichter, abortiver Fälle von Encephalitis epidem. beobachtet. Es werden 2 Krankengeschichten angeführt. Im I Falle: plötzlicher Beginn, Schläfrigkeit, Nystagmus, Pupillendifferenz, Diplopie, Zuckungen in den Augenlidern, leichte Hyperästhesie; im II Falle: plötzlicher Beginn, Schlafsucht, Ptosis, Diplopie, Erregungszustand, verlangsamtes Sprechen, Erschlaffung der Hals- und Rumpfmuskulatur. In beiden Fällen Bulimia; alle Symptome waren nach 2 Wochen geschwunden.

In beiden Fällen handelte es sich anscheinend um einen endzündlichen Prozess in den Gefäßen der grauen Rindensub-

stanz, in der Umgebung des aquaeductus Sylvii. Auch diese Fälle bestätigen die Meinung Prof. Pussep's, dass man die Enceph. epid. als besondere Form einer anaphylaktischen Reaktion des Grosshirns ansehen muss.

(Aus dem gerichtlich-medizinischen Institut der Universität Tartu - Dorpat.
Leiter: Stellv. Dozent Dr. med. S. Talwik.)



Dr. Guido v. Samson-Himmelstiern *),

erster Professor der Staatsarzneikunde an der Universität Dorpat.

Ein Gedenkblatt zum 75-jährigen Jahrestage des Antritts seiner
Wirksamkeit

von **S. Talwik.**

Die Staatsarzneikunde in ehemaliger Fassung hat als eine der jüngsten medizinischen Disziplinen doch bereits alte Tradi-

*) Kõne, peetud Tartu Eesti Arstide Seltsis 2. XI. 1921. Ilmub saksa-keeles, et ettetoodud huvitav meditsiini-ajaloolik materjaal kättesaadavam oleks laiemale lugejate ringile.

tionen an der alma mater Tartuensis: der erste Lehrer an der medizinischen Fakultät hierselbst, der ehem. rigasche Arzt M. E. Styx, eröffnete als „Professor der Staats- und populären Arzneykunde“ die medizinische Lehrtätigkeit im Mai 1802 mit „populair-medizinischen Vorlesungen für Grundbesitzer und künftige Land-Geistliche“ in 4 Stunden wöchentlich, daneben, in 2 Stunden wöchentlich, den „Abschnitt von der Tötlichkeit der Verletzungen nach Metzger's System der gerichtlichen Arzney-Wissenschaft“, u. in 4 Std. wöchentlich „die Arzney-Mittel-Lehre nach Arnemann“¹⁾. Jedoch bereits im nächstfolgenden Jahre ging der Vortrag „in medicin-philosophischer Anthropologie nach Metzger“ an den Klinizisten Prof. Balck — ehem. Arzt in Jakobstadt (Kurland) — über und wurde ein Jahr später mit dem Lehrstuhl der Anatomie und Physiologie vereinigt und dann als Nebenfach der letzteren vom Prosektor, späteren Professor Cichorius, Prof. Escholz und Dozenten Köhler gelesen²⁾.

Als selbstständiges Lehrfach tritt die Staatsarzneikunde erst im J. 1842 auf, wo aus dem im nämlichen Jahre von der russischen Regierung bewilligten Ergänzungs-État der Universität (23 370 Rubel) je eine Professur für Staatsarzneikunde und Pharmacie (bisher mit der Chemie verbunden) neu gegründet und je eine parallele Professur für innere Medizin und Chirurgie gestiftet wurden. Drei Jahre später (im März 1845) wurde dann Dr. Guido von Samson-Himmelstiern als erster ordentlicher Professor auf den dorpater Lehrstuhl der Staatsarzneikunde³⁾ berufen. Ein besonderer wissenschaftlicher Ruf ging dem damals 36-jährigen Manne nicht voraus. Vor damals 12 Jahren hatte er sein medizinisches Studium an der Dorpater Hochschule — woselbst er vorher 3 Jahre lang Jura studiert hatte — beendet, und war

1) „Anzeiger der Vorlesungen welche auf der Kayserlichen Academie zu Dorpat vom 1. May bis zum 1. Julius des Jahres 1802 gehalten werden“. — Dorpat. Gedruckt bey Michel Gerhard Grenzius, Universitäts Buchdruckerey.

2) Биограф. словарь профессоровъ и преподавателей Импер. Юрьевск. Университета Т. II. — Юрьевъ, 1903.

3) Das Fach der Staatsarzneikunde umfasste damals die gerichtliche Medizin, medizinische Polizei, Hygiene, ärztliche Gesetzeskunde und Veterinär Polizei nebst der Lehre von den epizootischen Krankheiten. Vgl. Beise, Th., Die Kaiserl. Univ. Dorpat während d. ersten 50 Jahre ihres Bestehens u. Wirkens. Dorpat, 1852.

ein Jahr später hierselbst zum Doktor promoviert worden¹⁾. Nach wissenschaftlichen Reisen im Auslande (Berlin, Wien, Würzburg) und mehrjähriger Tätigkeit als Marinearzt, später als Arzt am Kadetten-Corps in Brest-Litowsk, hat er dann noch seine „Beobachtungen über den Scorbut“ im J. 1843 veröffentlicht. Massgebend für seine Berufung waren wohl weniger diese seine Arbeiten, als vielmehr seine langjährige praktische militär-medizinische Erfahrung, sowie seine Landesangehörigkeit²⁾. Die Wahl war eine durchaus glückliche gewesen, denn der neue Professor erwies sich bald als ein tüchtiger Lehrer und klarblickender Forscher.

Sein Lehramt an der Universität trat Professor v. Samson im September 1845 an, indem er folgende Kurse publicierte: 1) Civil-Medicinal Polizei, nach Niemann und dem Reichsgesetzbuche vom J. 1842; 3-stündlich, 2) Gerichtlich-medicinisches Praktikum; 2-stündl., 3) Gerichtliche Medizin für Juristen, nach Hencke; 3-stündlich³⁾. Im Januar 1847 kam dazu: „Praktische Anleitung

1) Seine lateinisch abgefasste Doktorschrift trägt den Titel „De extracto aethereo oleoso-resinoso seminum Cinae“. Dissertatio inauguralis medicopharmacologica quam consentiente amplissimo medicorum ordine in universitate litterarum caesarea dorpatensi ut gradum doctoris medicinae rite adipiscatur conscripsit et publice defendet auctor Guido W. Samson de Himmelstiern, Livonus. Dorpati Livonorum. Typis J. C. Schuemanni, typographi academici MDCCCXXXIV. — Diese, 48 Seiten Klein-Oktav fassende, Schrift enthält einleitende Bemerkungen zur Geschichte, Pharmacognosie, Pharmacochemie und Dynamik der semina Cinae sowie 14 kurzgefasste eigene Beobachtungen über die Wirkung derselben, die darin bestand, dass in 11 Fällen Absetzung von Würmern erzielt wurde, während 3 Fälle „sine ullo eventu“ verblieben.

2) Bereits im J. 1820 war von der russischen Regierung eine Rückberufung der im Auslande studierenden russischen Untertanen verfügt worden. Seit 1822 durften in Dorpat keine ausländischen Studenten aufgenommen werden. Im J. 1835 wurde zwecks schärferer Beaufsichtigung der Universität ein eigener Curator derselben in der Person des Generals G. v. Crafftström ernannt nebst Beschränkungen der Rechte des Rectors und des Conseils. 1839 erfolgte die Gründung der Privatdozentur: es sollten einheimische etatmässige Privatdozenten in das Professorenkollegium einrücken, als Vakanzen entstehen sollten, um keine Ausländer zu berufen. Im J. 1851 endlich wurde die Berufung ausländischer Professoren auf Verordnungswege gänzlich verboten. — Erst mit dem Ableben v. Crafftströms († 1854) wurden unter dem neuen Curator v. Bradke liberale Bahnen betreten. (Vgl. A. v. Gernet, Die im J. 1902 eröffnete Univ. Dorpat u. d. Wandlungen in ihrer Verfassung Reval, 1902.).

3) Vgl. die allsemesterlichen Verzeichnisse der von . . . bis . . . zu haltenden halbjährlichen Vorlesungen an der Kaiserlichen Universität zu Dorpat 1845—1868. Dorpat, Laakmann.

zur Percussion und Auscultation und ihre Anwendung auf die Diagnose“ im Stadt-Militair-Krankenhaus und die Leitung der Hospitalklinik daselbst, täglich von 12 Uhr ab. Dafür schied aus der Sonderkurs der gerichtlichen Medizin für Juristen¹⁾ und es wechselten vom Herbstsemester 1848 ab, regelmässig die gele- senen Kurse wie folgt: im Herbstsemester — 1) Gerichtliche Medizin für Mediziner und Juristen²⁾, 4 stdl., 2) Militär-Medizinalpolizei nach Niemanns Handb. 1829 und Сводъ военныхъ постановлений, 1-stdl., 3) Hospitalklinik, tägl., 4) Obduktions-übungen in gerichtlich-medizinischer und pathologisch-anatomi- scher Beziehung, nach Massgabe des vorhandenen Materials; im Frühlingssemester — 1) Civil-Medizinalpolizei, nach Schür- mayers Handbuch 1848, 4-stündl.³⁾, 2) Medizinisch-forensisches Praktikum und Casuisticum, 2-stdl., 3) Hospitalklinik, tägl.

Über die ersten 13 Jahre seiner Wirksamkeit (1846—1858 incl.) hat Prof. v. Samson in seinen „Mitteilungen“⁴⁾ berichtet. Die Übersichten der Jahre 1846 u. 1847 bieten, ausser dem Be- richte über die damals bearbeiteten medizinisch-forensischen Fälle, auch einen solchen über die Hospitalbenutzung seitens Prof. v. Samson und seiner Schüler; ab 1847 und bis 1858

1) Nur einmal, im Frühjahrsemester 1864, ist gesondert gelesen wor- den, „Gerichtliche Anthropologie und Medizin für Juristen nach Bergmann, II.- Aufl. 1846.“

2) Für erstere war seit dem Herbstsemester 1847 eingeführt das Hand- buch der ger. Medizin von Siebold, Leipzig 1847, seit dem Herbstsemester 1850 das Handbuch von Schürmayer, Erlangen 1850 (II. Aufl. 1854), während Berg- manns, „Medicina forensis für Juristen“ (Braunschweig 1850) den letzteren als Leitfaden diente. Im J. 1862 wurde Casper's Lehrbuch (in III. Aufl. 1860) ein- geführt, im J. 1864 endlich das Lehrbuch von Wald, verfasst auf Grund von Taylor's „Medicinal jurisprudence“.

3) Vom Frühlingssemester 1860 wurde dieser Kurs benannt: „Öffentliche Hygiene und Civil-Medizinalpolizei“ und wurde gelesen nach der II. Aufl. des Schürmayerschen Handbuches vom J. 1856. Auch der Kurs für Militär-Medi- zinalpolizei wurde ab 1864 durch Militär-Hygiene ergänzt.

4) Mitteilungen aus dem prakt. Wirkungskreise des Professors der Staats- arzneikunde an der Kaiserlichen Universität Dorpat. Von Dr. G. v. Samson- Himmelstern, Professor der Staatsarzneikunde: a) Uebersicht des Jahres 1846. Dorpat 1847. W. Glaeser's Verlag. b) Uebersicht des Jahres 1847. Separat- abdruck aus den „Beitr. zur Heilkunde“ Riga 1847. c) Gerichtlich-medizi- nische Fälle. Uebersicht der Jahre 1847 bis 1851 incl. Aus d. „Beitr. zur Heil- kunde.“ II. Bd. II. Lieferung. Riga 1852, III. Bd. I/II. Lief. 1854, III. Bd. III. Lief. Riga 1855. d) Uebersicht der Jahre 1852 bis 1858 incl. „Beitr. zur Heilkunde.“ Bd. V. Lief. I. Riga 1862. (Bibliothek d. Univ. Dorpat u. d. Prov.-Museums, Reval).

kommen in den betr. „Mitteilungen“ nur die gerichtlich-medizinischen Fälle zur Besprechung.

I.

Ein kurzer Überblick über die Hospitalbenutzung dürfte einiges Interesse bieten als Beleg über die medizinischen Verhältnisse unserer Universitätsstadt dazumal. Wie Verf. berichtet, war schon im J. 1833 „von dem Herrn General-Gouverneur der deutschen Ostseeprovinzen Russlands, unter Zuziehung der Universität und der medizinischen Facultät insbesondere, eine Erweiterung der Krankenanstalten unserer Stadt von ca 12.000 Einwohnern in Anregung gebracht worden. Es handelte sich darum, den an Zahl stets zunehmenden Studierenden der Medizin (im I. Sem. 1834—287, mit Einschluss der Pharmaceuten) ein reichlicheres nosologisches Material zu ihrer praktischen Ausbildung darzubieten, womit man den Wunsch verband, dem oft gefühlten Bedürfnis einer weiter verbreiteten, einem grösseren Bezirke und Personen verschiedenen Alters und Standes zu Gute kommenden Krankenpflege zu entsprechen. Die verhältnismässig geringe Ausdehnung der klinischen Anstalten (stationairen, polyklinischen und ambulatorischen) der Universität¹⁾ und ein fast ausschliesslich der Aufnahme von Militärkranken, Rekruten und Gefangenen am Orte bestehendes, zum Ressort des Ministeriums der inneren Angelegenheiten gehöriges Stadthospital genügten zu dem bezeichneten Zwecke nicht. Seitens der medizinischen Fakultät wurde im Verlaufe der Verhandlungen noch auf den Nutzen aufmerksam gemacht, der den Studierenden der Medizin, namentlich denen zum Staatsdienst überhaupt und dem Militärdienst insbesondere sich vorbereitenden, aus der Benutzung eines grösseren Hospitals durch die darin gebotene Möglichkeit der Erlernung

1) Das „medizinisch-klinische Institut“ der Universität (jetzige Medizin. Klinik) umfasste bis zum Jahre 1843 3 Abteilungen: eine interne, eine chirurgische und eine geburtshilfliche, mit insgesamt 54 Krankenbetten. In dieser Klinik lehrten seit 1844 4 Professoren und zwar 2 Internisten (Sahmen und Warwinsky) u. 2 Chirurgen (Adelmann und Carus). Eine eigene Geburtshilfliche Klinik wurde im J. 1843 aufgeführt (unter Professor Piers Uso Walter). Das Leichenmaterial der Klinischen Abteilungen kam zur Sektion ins anatomische Institut, wo seit 1844 Friedr. Heinr. Bidder als Professor der Physiologie und Pathologie wirkte (vgl. „Бюрографъ словарь etc. u. Bunge, A. v., Das zweite Jubelfest der Kaiserl. Universität Dorpat. 1852).

des formellen Hospitaldienstes hervorgehen und es ward daher der Vorschlag gemacht das Amt eines Direktors in dem zu errichtenden „Zentralhospital“ einem zu ernennenden Professor der Staatsarzneikunde zu übertragen, der, durch eigene Erfahrung mit dem Hospitaldienste und dem Staatsdienste vertraut, zugleich die Leitung der darin vorkommenden medizinisch-forensischen Untersuchungen zum Unterricht der Studierenden übernehmen sollte, während die klinischen Anstalten der Universität getrennt bestehen sollten“.

Daraufhin wurde im Jahre 1837 auf Staatskosten ein in der Stadt am Embachflusse gelegenes neues steinernes Privatgebäude (das gegenwärtige Stadtkrankenhaus in der Fischerstrasse) zum Zweck eines „Zentralhospitals“ angekauft, in welchem, nach geschehenem Umbau im Febr. 1842, die Kranken des oben genannten Stadtkrankenhauses plaziert wurden, während letzteres, in einer hohen anmutigen Gegend der Stadt gelegen, seitdem als Kaserne diente¹⁾. Dieses „Dorpater Kreishospital“ in der Fischerstrasse wurde nun unter die Anstalten des Kollegiums der allgemeinen Fürsorge des Gouvernements Livland sortiert und dem Dorpater Kreisärzte unterstellt, während die ökonomische Verwaltung von einem Inspektor geleitet wurde, einem Mitgliede des Dorpater Magistrats. Beide bildeten zusammen das Verwaltungs-Comptoir des Krankenhauses. War der Kreisarzt abwesend, so wurde er durch den Stadtarzt vertreten. Im Jahre 1846 wurde eine in der Nachbarschaft befindliche städtische Krankenanstalt mit dem Kreishospital vereinigt und von da ab bis in die letzte Zeit hat letzteres fungiert als ein gemeinsames Krankenhaus für die Stadt und den Kreis Dorpat. Von den neu eintretenden Kranken wurden die am meisten instruktiven in die „Universitätsabteilung“, die übrigen in den anderen Teil des Hospitals verlegt und es spielte diese Universitätsabteilung eine nicht unwesentliche Rolle im klinischen Unterrichte der Studierenden, da die Krankenzahl für gewöhnlich auf etwa 60 sich belaufend, zur Zeit der Rekrutenempfänge auf 150 selbst 180 sich steigerte. Im Januar 1847 hat sodann Prof. v. Samson die Leitung dieser Universitätsabteilung — der eigentlichen Vor-

1) Auch das gegenwärtig noch als Kaserne benutzte Gebäude an der Revaler Str. (vgl. J. Brennsohn: Die Ärzte Livlands v. d. ältest. Zeiten bis zur Gegenwart. Riga 1905).

läuferin der nunmehrigen Universitäts-Hospitalklinik — übernommen und bis zu seinem Tode (1868) fortgeführt. Der Besuch der Hospitalklinik war obligatorisch für die auf Kosten der Krone Studierenden (meistens für den Militärdienst bestimmt), welche verpflichtet waren während 3 Monate diese Hospitalpraxis zu üben, während andere Studierende nach Beendigung des Kursus auf eigene Kosten im Laufe einer beliebigen Zeit daran teilnehmen konnten. Ausser der Hospitalbehandlung lernten die Studierenden hier zugleich den Hospitaldienst, die Ordnung und diejenigen Formen kennen, die in Zivil- und Militärhospitälern beobachtet wurden, z. B. die Anfertigung der dort eingeführten Verschläge, Führung der Journäle, Erstattung der Berichte usw.

Somit war Prof. v. Samson zugleich der erste klinische Professor der Universitätsabteilung des Kreishospitals, ein Verhältnis, das noch zur Zeit seines Nachfolgers Weyrich (1868—1876) fort dauerte, bis im J. 1876 auf Verfügung des Unterrichtsministers die Führung des klinischen Unterrichts an der benannten Universitätsabteilung dem Professor der speziellen Pathologie und Klinik übertragen wurde. Daneben hat Prof. v. Samson auch die pathologisch-anatomischen Sektionen der im Kreishospitale verstorbenen Patienten ausgeführt — etwa 40—50 pro Jahr. Beispiele damaliger Obduktionsprotokolle, welche von den Praktikanten gemeinsam mit den betreffenden Krankengeschichten als Ganzes verarbeitet und vorgestellt worden, lehren, dass der Sectionsbefund auch damals als 1) äussere und 2) innere Untersuchung zu Protokoll genommen und bei der letzteren zuerst die Schädelhöhle, dann die Brusthöhle und endlich die Unterleibshöhle besichtigt wurden. An den Sektionsbericht schloss sich unter Umständen eine Epicrise an, worin der Praktikant folgende Fragen ausführlich zu bearbeiten hatte: 1) welches Leiden und wie dieses den Tod hervorgebracht hat? 2) welches sind die Ursachen der Krankheit gewesen? 3) welche sind als secundäre Veränderungen im Körper anzusehen? 4) welche Erscheinungen entstanden durch die Agonie und nach dem Tode? Jedoch nicht nur dem Umfange nach, auch inhaltlich hat Prof. v. Samson das klinische u. pathol.-anatomische Hospitalpraktikum auf eine sehr hohe Stufe gebracht. „Der Ruhm der Samsonschen Hospitalklinik, in welcher, trotz geringer materieller Mittel, viel gearbeitet und viel erreicht wurde, dauerte noch lange nach dem Tode des Lehrers im Gedächtnisse seiner Schüler fort (Dehio).“

Betreffs der Jahre 1846 u. 1847 hat Prof. v. Samson eine „Uebersicht der in der Universitätsabteilung des Dorpatschen Kreishospitals vorgekommenen Krankheiten“ veröffentlicht. Es waren das Jahre, in welchen „die durch Mangel, Hunger und Epidemien erlittenen Unbilden auch auf dem Ganzen der Bevölkerung lasteten“. Insbesondere war es die Ruhr „eine am Ende fast jeden Sommers unsere Provinz heimsuchende Krankheit“, welche bereits im Sommer 1845 „mit s. g. fauligen Erscheinungen und häufig tödend wütete, besonders in den Kreisen Wolmar, Fellin und Walk, weniger lebensgefährlich in den übrigen. Der Typhus vorzüglich als typhus exanthematicus und t.

putridus auftretend, verbreitete sich, schon im Frühlinge beginnend, über die ganze Provinz und raffte Personen aller Stände, besonders aber das durch schlechte Ernährung geschwächte Landvolk hin . . . Dazu gesellte sich eine Blatternepidemie, die in einigen Kirchspielen des Dorpat-Werroschen Kreises mit pudriden Charakter, profusen Blutungen nur unter dem Landvolke ausbrach. Nicht selten tötete profuses Nasenbluten einen vorher scheinbar gesunden Menschen. Die pathologische Chemie hätte in Beziehung auf Aetiologie einer intensiven Blutkrankheit im Grossen experimentieren können.“

Aus allen diesen Gründen war die Sterblichkeit in diesem Jahre so gross, dass die Zahl der Gestorbenen die Geburten bei weitem übertraf: In Livland, mit einer Bevölkerung von 740100 Einwohnern starben im J. 1845 — 10777 Menschen mehr, als geboren wurden (in den 5 vorhergegangenen Jahren waren dagegen durchschnittlich 8099 mehr Geburten als Sterbefälle vorgekommen). In Estland mit einer Bevölkerung von 2822000 Einwohnern starben im selbigen Jahre 7000 Menschen mehr als geboren wurden; noch im Jahre 1847 starben daselbst in Stadt und Land zusammen 9243, während geboren wurden 9187.

Interessant ist der Versuch Prof. v. Samsons den Verlauf verschiedener Epidemien zwecks Erklärung des massenhaften Auftretens der Einzelerkrankungen in Zusammenhang zu bringen mit den jeweiligen Witterungsverhältnissen. Daneben aber dämmerte ihm schon eine Ahnung von der Ansteckungsfähigkeit einzelner epidemischer Krankheiten auf, insbesondere der Ruhr. Als in der Weiberabteilung des Kreishospitals nacheinander sämtliche Kranke davon befallen wurden, äusserte Prof. v. Samson sich darüber folgendermassen: „Ich zweifle nicht, dass die ungünstige Lage der Krankenzimmer der weiblichen Abteilung — die Unmöglichkeit sie hinreichend zu ventilieren und die Kranken voneinander zu sondern — Ursache dieser allgemeinen Verbreitung der Dysenterie auf alle Bewohner derselben war.“ Daneben wurde allerdings das angeblich familiäre Auftreten des Typhus hervorgehoben: „es solle sich auch bei der obenerwähnten Epidemie desselben eine früher gemachte Erfahrung häufig wiederholt haben, dass, wo der typhus ausbrach, er Glieder derselben Familie, jeden Alters und Geschlechts befiel und nicht selten tötete, während andere dieselbe Wohnung mit ihnen teilende Personen verschont blieben.“

Einen Beitrag zu der (neuerdings wieder in estnischen Ärztekreisen ventilierten) Frage vom Vorhandensein einheimischer Malaria in Estland bietet folgende Bemerkung Prof. v. Samsons: „Vom Anfang des Aprilmonats (1846) trat eine seit 15 Jahren in unserer Stadt nur selten gesehene Krankheit in grosser Ausbreitung auf — die *F. intermittens* — als *quotidiana*, — gewöhnlich *tertiana*, — selten *quartana* — meist mit deutlicher typischer Ueberflutung der Milz“¹⁾.

1) Als Beispiel möge hier ein in e. Falle von Tetanus erhobener Befund angeführt werden: „Hyperaemie der Häute des Gehirns und Rückenmarks, — viel klare Spinalflüssigkeit, — in jeder der erweiterten Seitenventrikeln des Gehirns 3 Drachmen rötliches Serum; in den gestreiften Körpern einzelne sehr kleine Blutaustretungen; in der Basis des Gehirns die *pia mater* trübe, über dem *chiasma n. n. opt.* und dem *n. olf.* gallertartig infiltriert.“

Was die Einteilung der einzelnen Krankheiten anbelangt, so wird eine solche von Prof. v. Samson „nach den Organen gemacht, in welchen die pathologischen Prozesse ihren Hauptsitz aufgeschlagen hatten.“ So begegnen wir unter den „Krankheiten des Tubus alimentarius und seiner Hüllen“ neben Angina faucium, Diarrhoea, Carcinoma ventriculi auch Febris gastrica und Dysenteria, unter den Krankheiten des Gehirns und seiner Hüllen — Mania religiosa, Apoplexia cerebri, Epilepsia, Meningitis, Delirium tremens, Vulnere capitis u. s. w. während unter den Krankheiten des Rückenmarks nur 2 erwähnt werden — Tetanus und Intermitentes — unter den Krankheiten des Blutes auch 2 — Typhus und Cyanose. Bezüglich der letzteren hebt Prof. v. Samson hervor, dass die Einteilung im obengenannten Sinne nicht consequent durchgeführt werden konnte, „da die primitiven Erkrankungen besonders des Blutes und die s. g. Dyscrasieen hätten in verschiedene Regionen hinübergezerrt werden müssen“, aber es findet das einige Entschuldigung in der praktischen Brauchbarkeit der Einteilung „zumal da bei dem jetzigen Standpunkte eine consequente systematische Einteilung weder in der Nosologie noch in der pathologischen Anatomie möglich ist.“

Was die pathologisch-anatomische Untersuchung der Leichen anbelangt, so wurde eine solche im J. 1846 58-mal, im J. 1847 — 40-mal ausgeführt und es wurde die hauptsächlichste Todesursache nach dem obengenannten Prinzip der Krankheitseinteilung jedesmal rubriciert.

Insgesamt war die Sterblichkeit in der Universitätsabteilung des Kreishospitals: im J. 1846 fast $8\frac{3}{4}\%$ der behandelten Kranken, im J. 1847 etwas über 5% .

(Schluss in der nächsten Nummer.)

Lühike ülevaade tervishoiu organisatsioonist Eestis.

Dr. A. Mõttus.

1918. aasta lõpul, kui Eesti tegelikult iseseisvat riiklist elu algas, tõusis ühes siseministeeriumiga ellu ka tervishoiu peavalitsus, asudes ülesannete täitmisele, mis ettenähtud olid Vene arsti-seaduses — siseministeeriumi tervishoiu departemangule. Tervishoiu peavalitsuse ellukutsujaks, esimeseks juhatajaks ja esialgse tervishoiu organisatsiooni loojaks Eestis oli Dr. med. Konstantin Konik, praegune Tartu Ülikooli haavakliiniku juhataja ja arstiteaduskonna dekaan. Ülalnimetat Vene arsti-seaduse põhjal ja piirides on tervishoiu peavalitsus¹⁾ töötanud

1) Tervishoiu peavalitsuse juhatajaks on arst, keda ametisse määrab Vabariigi Valitsus.

käesoleva ajani ja töötab praegugi, kuna tervishoiu peavalitsuse poolt Riigikogule esitatud „Vabariigi tervishoiu korralduse seadus“, seni veel vastuvõetud pole.

Seistes riigi tervishoiu organisatsiooni eesotsas, on tervishoiu peavalitsuse tähtsamaks ülesandeks igakülgne hoolekanne rahva tervishoiu eest, tervishoidline valve ravitsus- ja teiste avalikkude asutuste, apteekide, laboratooriumide, mineraalvete valmistus-asutuste jne. üle, arstide ja muu tervishoiu alal töötava personaali registreerimine ning nendele kutsetegevuseks lubade andmine. Omi ülesandeid, mille hõlpsamaks täitmiseks tervishoiu peavalitsusel arsti- ja apteegi osakonnad, vastavate eriteadlaste juhatusel, teostab peavalitsus kohtadel olevate maakonna ja linna tervishoiu osakonnade kaudu.

Iga maakonna ja linnaomavalitsuse juures töötab tervishoiu osakond. (1921. aastal kaotasid mõned omavalitsused nad jälle ära, ühendades neid teiste osakondadega). Tervishoiu osakondade ülesandeks on: trükis ja suusõnal tutvustada rahvast tervishoiu tähtsuse ja tervishoidu puutuvate küsimustega, korraldada ja juhtida tegelikku tööd tervishoiu alal maakonna ja linna piirides, tervishoiu peavalitsuse poolt antud juhtnööre järele, valvata arstlise ja muu tervishoiu alal tegeva personaali kutsetegevuse, ravitsusasutuste ja teiste tervishoiu alal töötavate asutuste üle omas piirkonnas, tervishoiu alal tegeva personaali, haigemajade, ambulatooriumide, laboratooriumide kui ka külgehakkavate haiguste üksikute juhtumiste registreerimine tervishoiu peavalitsuse määruste järele. Osakondade puhtmeditsiinilise külje juhtimine on linnades linnaarstide, maakondades — maakonnaarstide käes. Peale selle on viimased ka kohtu- ja politsei-arstideks ja tervishoiu peavalitsuse esitajateks kohtadel. Nõuandvaks organiks tervishoiu osakondadele on linna ja maakonna teenistuses olevate arstide, farmatsöitide, loomaarstide ja laboratooriumide juhatajate perioodilised koosolekud. Koosolekutel on õigus ettepanekutega ning sooviavaldustega esineda tervishoiu osakonnale.

Ülalnimetet ülesandeid teostavad tervishoiu osakonnad linna ja maakonna teenistuses oleva, neile alluva, arstlise personaali abil:

- A. Linnades: 1) tervishoiu arstid (iga 20.000—25.000 elaniku kohta üks);
- 2) kogukonna haigemajade arstid;
- 3) vaeste arstid;
- 4) kooliarstid (iga 1500—2500 õpilase kohta üks);

5) kohtu- ja -politsei arstid (senini sarnane eriarst on olemas ainult Tallinnas).

B. Maakondades: Maakonnad (arvu järele 12) jagunevad tervishoiu jaoskondadesse (igas maakonnas 10—12 jaoskonda à 8.000—10.000 elanikuga). Jaoskonna juhatajaks tervishoiu suhtes on jaoskonna arst, kes ühtlasi ka jaoskonna tervishoiu-, koolide- ja -vaestearsti ülesandeid täidab.

Iseseisvatena eriorganisatsioonidena tervishoiu alal töötavad peale selle veel: sõjaministeriumi tervishoiu valitsus, teedeministeriumi riigiraudteede tervishoiu osakond ja seltskondline organisatsioon Eesti Punane Rist. Kõikide riigis tervishoiu alal töötavate organisatsioonide tegevusele üldiste juhtnõõride andjaks ja nende tegevuse ühtlustajaks on Riigi tervishoiu nõukogu, mis asub nõuandva orgaanina tervishoiu peavalitsuse juures. Riigi tervishoiu nõukogu algas tegevust 1921. aasta jaanuari kuul, tema koosseis määrati kindlaks Vabariigi Valitsuse poolt 1920. a. lõpul järgmiselt: juhatajaks — tervishoiu peavalitsuse juhataja ja liikmeteks:

- 1) Tartu ülikooli arstiteaduskonna esitaja;
- 2) tervishoiu peavalitsuse apteegi osakonna juhataja;
- 3) sõjaministeriumi tervishoiu valitsuse juhataja;
- 4) riigi raudteede tervishoiu osakonna juhataja;
- 5) kohtu ministeriumi esitaja — vangimajade peaarst;
- 6) Punase Risti peavalitsuse esimees;
- 7) riigi kesklaboratooriumi esitaja;
- 8) üks maakonna tervishoiu osak. esitaja — maakonna arst
- 9) üks linna tervishoiu osakondade esitaja — linna arst, (viimased kaks esitajat valitakse maakonna ja linna arstide ühis-koosolekul üheks aastaks).

1921. aasta jooksul on tervishoiu nõukogu 4 korraliku koosolekut pidanud, mis iga kord kaks päeva kestsid.

Nõukogu tähtsamatest otsustest olgu ruumi puudusel nimeetatud ainult mõned:

- 1) ravitsus asutuste korraldamisel ja uute avamisel tuleb silmas pidada seda, et nad kõikide ministeriumide, organisatsioonide ja riigikodanikkude tarviduste täitmist võimaldaks ja et neid ühisel jõul avataks ning üleval peetaks. See maksab ka sõjaministeriumi kohta rahuajal;

- 2) maakonna ja linnaarstidelt erieksami, mis lühikese ajalistele kursustele ülikooli juures järgneks, nõuda, kava järele mis väljatöötatud tervishoiu peavalitsuses;
- 3) vaimuhaigete eest hoolekande võimaldamiseks, missugune hoolekanne riikliste ülesannete hulka kuulub, tarvilikuks tunnistada eraseltsi päralt olevat vaimuhaigete ravitsusasutust „Seevaldi“ riigile omandada;
- 4) ämmaemandate kooli astujatelt keskkooli lõputunnistuse nõudmine otstarbekohaseks tunnistada;
- 5) hambaarstide ettevalmistus Tartu Ülikooli arstiteaduskonna kätte anda ja erahambaarsti-kool Tartus likvideerida;
- 6) velskeriteks Eestis tunnistada ainult neid, kes Venemaal velskeri koolides 4-aastase kursuse kooli velskeri kraadiga lõpetanud. Kõik teised velskerid ümbernimetada õppinud sanitaarideks kodanlikes teenistuses ja sanitaaralamohvitseerideks sõjaväes. Velskeritele vaba praktika ära keelata — töötamine lubada ainult arsti vastutusel ning juhatusel. Sellekohane tervishoiu peavalitsuse poolt väljatöötatud seaduse eelnõu heaks kiita;
- 7) tarvilikuks tunnistada esialgu vähemalt ühe kopsuhaigete sanatooriumi avamine Taagepera mõisa lossis ja tervishoiu peavalitsust paluda selleks samme astuda, et nimetat loss tervishoiu peavalitsusele ühes vastavate kõrvalhoonetega ja sanatooriumi majapidamiseks tarviliku maaga üleantaks;
- 8) uute apteekide avamislubade andmist maksvate seaduste järele tarvilikuks tunnistada;
- 9) tervishoiu alal töötava personaali tasutingimiste normeerimine tervishoiu peavalitsuse poolt esitatava kava järele otstarbekohaseks lugeda;
- 10) tervishoiu peavalitsuse ettepanek kogu maal, eriti nendes kohtades, kus taudid möllanud, kavakindlaid sanitaartopograafilisi ja bakterioloogilisi uurimisi toime panna, mille juhtimist suvevaheajal ülikooli õppejõude hooleks jätta — tarvilikuks ja vastuvõetavaks tunnistada.

Niipalju lühikeses kokkuvõttes tervishoiu organisatsioonist Eestis. Nagu sellestgi selgub, on järsk kontrast keskvalitsuse — tervishoiu peavalitsuse — ja kohtadel olevate organisatsioonide vahel: esimene töötab endise Vene arstiseaduse järele, viimased

on aga enam-vähem meie olude kohaselt ümber moodustatud. Arusaadavalt loob seesugune kord palju võimalusi mitmesugusteks arusaamatusteks ning sünnitab üleauruseid sekeldusi. Riigikogus harutusel olevas seaduses, mis tervishoiu organisatsiooni uutele, meie olude kohasele alusele seab, alates ülevalt ja lõpetades all, on püütud kõiki ebaloomulikka asjaolusid võimalikult kõrvaldada. Jäab soovida ainult, et seadus komisjonidest peagi edasi Riigikogusse ja sealt ellu peaseks. Seaduse juures lähemalt peatada loodan edaspidi.

* * *

Resumé: L'Administration générale d'Hygiène en Esthonie date du commencement de l'indépendance d'Esthonie vers la fin de 1918, comme département sanitaire du Ministère de l'Intérieur. Son fondateur et premier organisatuer fut M. Konstantin Konik, docteur en médecine et actuellement directeur de la clinique chirurgicale et doyen de la faculté de médecine de l'université de Tartu (Dorpat). L'Administration est divisée en section médicale et section pharmaceutique avec des chefs spécialistes et elle est secondée sur place par les sections d'hygiène des administrations de villes et d'arrondissements, qui sont dirigées par des médecins municipaux.

Le personnel special de ces sections est: dans les villes: 1) médecins d'hygiène, un pour 20.000—25.000 habitants, 2) médecins d'hôpitaux, 3) médecins pour les pauvres, 4) médecins d'écoles (un pour 1500—2000 enfants), 5) médecins legaux (jusqu'à présent à Reval seulement). Dans les arrondissements: médecins de divisions, un pour 8.000—10,000 habitants, 10—12 divisions dans un arrondissement, qui remplissent simultanément les fonctions de médecin d'hygiène, d'écoles et de pauvres.

Comme organisations spéciales travaillent indépendamment l'Administration d'hygiène au ministère de la guerre, la Section d'hygiène des chemins de fer et la Croix Rouge Esthonien. Afin de coordonner le travail de toutes les organisations d'hygiène fut créé vers la fin de 1920 le Conseil d'Hygiène de l'État, qui est aussi l'organe consultatif de l'Administration Générale d'Hygiène. Il a pour président le directeur de l'Administration et pour membres les représentants de toutes les organisations centrales d'hygiène.

Haruldane hüüdronefroosi juhus neeruvaagna ja neerukarikate eraldi laienemisega neerude kaasasündinud anomaaliate juures.*)

Dr. Albert Valdes

Tartu Ülikooli Patoloogia Instituudi prosektori k. t.

2 joonistusega tekstis.

Harilik hüüdronefroosi patoloogilis-anatoomiline tüüp. Kuse takistatud äravoolu juures neeruvaagnas ja neerukarikates kogunenud kusi rõhub nende seinte, neerunäsade (papillae renales) ja neerukude peale, mille tagajärjel neeruvaagen ja neerukarikad laienevad, näsad lamenevad ja neerukude atrofeerub. Laiale veninud neeruvaagnast ja neerukarikatest ja atrofeerinud neerust tekkib harilikult üks üldine kott. Laienenud neerukarikad ühes õhukeseks seinaks muutunud neerukudega paistavad selles kotis üksikute soppidena olevat. Suurema laienemise juures võib vahe neerukarikate ja neeruvaagna vahel täiesti kaduda. See on harilik hüüdronefroosi tüüp.

Kirjeldatav juhus eraldub harilikust hüüdronefroosi tüübist laienenud neeruvaagna ja neerukarikate vahekorra suhtes.

Mõned andmed haiguse loost, kokuseatud Voroneshi ülikooli Teaduskonna haavakliinikus (juh. prof. Burdenko), kus haige ravitsemisel oli.

Haige on 38-aastane meesterahvas, naesemees, lastega, põllutöeline. 1915 a. sõjaväljal suurtüki pommi lõhkenemise läbi põrutada saanud. Peale selle ilmusid valud paremal pool kõhus ja ristluudes. Kusi verine Haigemajas ravitsemisel. Mõne nädala pärast on kusi loomulikku värvi.

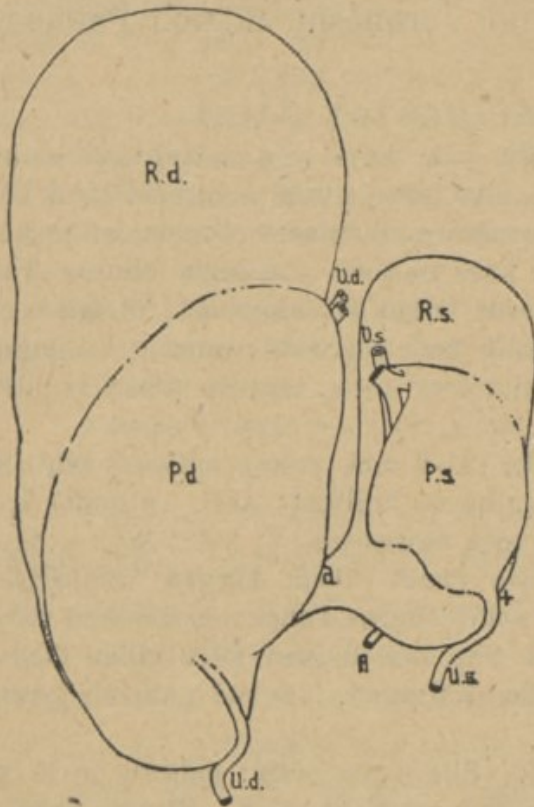
1919 a. novembris sai tripperi. Suguliige paistetas tugevasti. Kuse torust tuli suurel hulgal mäda välja. Enne kusemist tundis kusetorus tugevaid löikavaid valusid. Oli ravitsemisel. Mäda jookis ja valud kadusid umbes kuu aja pärast.

Selsamal ajal hakkas haige kõhu paremas pooles sisemist paistetust tundma. Üldine nõrkus, pearingikäimine, südamepööritus. Haige heitis voodi. Kõhu sisemine paistetus suurenes kiirelt. Hingamine raskenes. Kuse hulk vähenes. Valud kõhus suurenesid. Haige läks kõhnemaks.

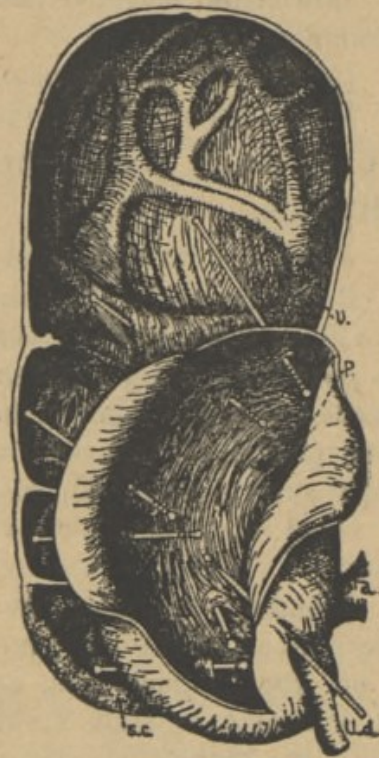
1920 a. märtsi kuus astus Voroneshi ülikooli haavakliiniku ravitsemisele. Siis oli tema kõht tugevasti suurenenud ja asümeetriline: kõhu parem pool

*) Ettekantud Tartu Eesti Arstide Seltsis 23. XI. 1921.

oli rohkem väljaspoole paisunud, kui pahem. Kõhu parema poole palpatsioonijures tundus fluktuatsiooni. Selle kõhu poole palpatsioon sünnitas haigele teravat valu. Mäda jooksu kusetorust polnud. Kusi oli sogane. Tsüstosko-



Joon. № 1. R. d. — parem neer. R. s. — pahem neer. P. d. — parem neeruvaagen. P. s. — pahem neeruvaagen. U. d. — parem kusejuht. U. s. — pahem kusejuht. V. d. — paremad neeruveresooned. V. s. — pahemad neeruveresooned. A. — arterne haru A. iliaca comm. sin. küljest. + — koht kusejuhi all, kus arterne haru A neeru eesküljele tuleb. a — neerusid ühendav osa.



Joon. 2. Parema neeru eespoolne osa on lõike läbi kuni neeruvaagnani kõrvaldatud. Neeruvaagen on lõike läbi eespoolt avatud. P. — laienenud neeruvaagna õõnsus, millest 6 täppidega tähendatud sondi läbi kitsaste avauste neeru koobastesse lähevad. U.d. — Kusejuht, millest sond läbi on. V. — voldid ja väädid neeru koobastes. S. C. — neeru alumises osas järele jäänud neeru kude koorosa ehitusega. a. — neerusid ühendav osa.

peerimise juures leidis, et kusepõie limanahk on tugevasti hüperemeerunud, paremast kusejuhust tuleb kust tilkadena, paremast — ei sugugi.

Kliiniline diagnoos: Hydronephrosis dext. Peale selle veel: Atrophia cordis, Pleuropneumonia sin.

Mõni päev peale kliniku astumist opereeriti haiget. Selja peal, allpool paremat 12. küljeluud tehti 6—7 tsm. pikkune lõige, mille läbi kott leiti. Kotti avamise juures voolas sellest ligi $\frac{3}{4}$ pangi kollakat vedelikku välja.

Kott oli suure õõnsusega, milles paiguti väädid näha olid. Kotis leidusid kivikesed kuni ernetera suuruseni. Haav tõmmati mõne õmblusega koomale. Sissejäeti dreenaasitoru.

Järgmistel päevadel peale operatsiooni koti õõnsust loputati keedusoola füsioloogilise lahuga.

15. päeval peale operatsiooni haige suri südame nõrkuse tagajärjel.

Patoloogilis-anatoomiline lahtilõikus. Surnukeha sai minu poolt lahti lõigatud Voroneshi ülikooli Patoloogia Instituudis.

Väljavõtte lahtilõikuse protokollist.

Parem neer on suure pikliku põie kuju. Ta seisab umbsoole ja tõusva jämesoole taga ja võtab enese alla terve ruumi selgroost kuni kõhu-seina paremaküljeni ja maksa parema sagara alumisest pinnast, mille külge ta õreda sidekude abil on kasvanud, kuni parema puusaluu lohuni. Ta on 30 tsm. pikk ja 12 tsm. lai. Selles neerus leidub mitu koobast: ülemises osas on üks suur, sellest allpool 3 vähemat koobast, mis pealmise koopaga ja oma vahel ühenduses seisavad, ja alumises osas teistest täiesti eraldatud koobas.

Ülemiste koobaste sein on õhuke (2—3 mm. paks), milles 2 kihti võib tähele panna: väline — valget ja sisemine — hallikat värvi. Alumise koopa sein on kuni 1 tsm. paks, neeru kooreosa ehitusega (V. joon. № 2 — S. C.). Kõigi koobaste seintelt kerkivad ülesse enam-vähem kõrged voldid, nagu seinte külge kinnitatud nõõrid. Peale selle, suures koopas on üksikud väädid, mõni millimeeter jämedad, mis seina ühe osa küljest teise külge lähevad. Neis väätidest ja voltides, nagu läbilõiked näitavad, lähevad paksude seintega veresooned. (V. joon. № 2 — V.).

Koobaste sisemine pind on kirju väljanägemisega: paiguti on ta kahvatu-halli, paiguti hallikas-musta või tume-punast värvi. Mitmes kohas on ta kare, seina külge kinni hakkanud liivaterade tõttu. Liiva ja väikesi kivikesi (ernetera suuruseni) leidub ka vabalt koobaste voltide vahel.

Selja peal oleva kirurgilise lõike läbi pääseb suurde koopasse.

Parema neeru eeskülje alumises osas on suur kott, mis muud pole kui laiienenud neeru vaagen. (V. joon. № 1 — P. d. ja № 2 — P.). Selle sein on ligi 2 mm. paks. Sisemine pind sünnitab madalaid volte, ja on peaaesjalikult kahvatu-halli värvi, kuid leiduvad ka üksikuid hallikas-mustad ja tume-punased kohad, ja niisamuti valkjad kohad, kus sein on sidekude kasvamise läbi tihenenud. Neeruvaagna õõnsuses leidub ka liiva ja väikesi kivikesi. Laienenud neeruvaagen on eraldatud neerukoobastest vaheseinaga ja on ühenduses viimastega 6 avause abil, mille läbi 2—3 millimeetri jämedune sond pääseb minema. (V. joon. № 2 — 6 täppidega tähendatud sondi).

Neeruvaagna alumisest eespoolsest osast läheb kusejuht välja. Kusejuhi avaus neeruvaagna seinas on kitsas, — sellest läheb hädavaevalt 1-millimeetri jämedune sond läbi. Neeruvaagna sein kusejuhi avause ümbruses on paksenenud ja tihenenud sidekude kasvamise tõttu. (V. joon. № 1 ja 2 — U. d.).

Neeru arter ja veen lähevad neeruvaagna tagant neeruväratisse. (V. joon. № 1 — V. d.).

Parem neer on pahema neeruga ühenduses ümariku, umbes 2 tsm.-jāme-

duse väädigaga, millel neerukude ehitus on. See väädi ühendab mõlema neeru alumisi otsi. (V. joon №№ 1 ja 2 — a).

Pahem neer on suurenenud, 15 tsm. pikk, 7 tsm. lai, 3,5 tsm. paks. (V. joon. № 1 — R. s.). Pahem neeruvärat ja neeruvaagen on asetsenud neeru eesküljel ja võtavad oma alla neeru eeskülje keskmise kolmandiku osa. (V. joon. № 1 — P. s.).

Neeruvaagen on vähe laienenud. Kusejuht läheb neeruvaagna alumisest pahempoolsest osast välja. (V. joon. № 1 — U. s.). Pahema kusejuhi läbimõõt on 3—4 mm. Pahema kusejuhi avaus kusepõie seinas on natuke kitsenenud, — sellest läheb hädavaevalt 1 millimeetri-jämedune sond läbi. Pahema kusejuhi limanahk on ilma iseäraliste nähtavate muutusteta.

Neeruardeer ja neeruveen lähevad neeruloiku (Sinus renalis) neeruväratil ülemise sisemise nurga kaudu. (V. joon. № 1 — U. s.). Peale arteri aortist pahem neer saab veel arteerse haru Arteria iliaca communis sinistra küljest. (V. joon. № 1 — A.). See haru läheb neeru tagumisele küljele, tungib läbi neeru selja alumises osas oleva õnaruse eesküljele ja pääseb selle koha peal neeruväratisse, kus pahem kusejuht neeruvaagnast välja tuleb. (V. joon. № 1 — +).

Kusepõie limanahk on kahvatu, ainult kusetoru (Urethra) avause ümbrus on hele-punane.

Patoloogilis-anatoomiliste muutuste ülevaade. Kõige pealt, kirjeldatava juhuse neerude ehituses paistab terve rida kaasasündinud anomaaliasid silmi: mõlemad neerud on üheteisega neerukudest oleva väädi abil seotud, mille läbi hobuse-*rauakujuline* neer on tekkinud (Ren arcuatus); mõlemate neerude väratid on ettepoole pööratud, neeruvaagnad on neeru veresoonte ees aset võtnud, pahem neer saab peale hariliku neeruardeeri aortist veel arteerse haru Arteria iliaca communis sin. küljest. Peale selle paneme paremas neerus hüüdronefroosi tähele, selle iseäraldusega, et laienenud neeruvaagen on oma ette koopa moodustanud, mis ainult kitsaste avauste läbi neeru koobastega ühenduses seisab. Neeru koopad on tekkinud neerukarikate laienemise ja neerukude atroofia läbi.

Pahema neeru hüpertroofia tuleb kompensatoorse nähtusena tähele panna. Parema neeru kuse eristuse tegevus on kauemat aega puudulik olnud või peaaegu täiesti väljajäänud. Sellepärast on pahema neeru tegevus suurenenud ja kude hüpertrofeerunud.

Etioloogia. Anamneesis ettetoodud momendid, põrutus ja arvatav verevalatis neerusse või küsekäikudesse (verine kusi), küsekäikude põletik (tripper) võivad olla praeguse juhuse juures hüüdronefroosi tekkimise põhjusteks. Verevalatise läbi küsekäikudesse pääsenud veri võib seal hüübuda ja käiku sulguda ja nii hüüdronefroosi arenemisele põhjust anda.

Kroonilise põletiku tagajärjel on neeru vaagna limanahk mitmes kohas sidekude kasvamise läbi paksemaks ja kõvemaks muutunud, muu seas ka kusejuhi avause ümbruses, mille tõttu avaus kitsaks on jäänud. See asjaolu on võinud kusevoolu takistada ja nii hüüdronefroosi põhjuseks saada.

Ka kivid võivad kusekäikusid kinni matta. Kuid igakord pole võimalik kindlaks teha, kas on nad hüüdronefroosi alguspõhjuseks, või on nad hiljem hüüdronefroosi arenemise ajal tekkinud.

Mil põhjuseel on neeruvaagna ja neerukarikate laienemise juures neerukarikate avased neeruvaagna seinas laienemata jäänud? Harilikult, kui kusevoolu takistav põhjus allpool neeruvaagnat on, siis laienevad ühes neeruvaagnaga ka neerukarikad ja nende suud. Kirjeldatava juhuse iseäralduse tekkimist võiks nii viisi omale ettekujutada, et esiteks on enamvähem korruga laienenud neerukarikad, — näituseks, kui nende suud neeruvaagna seinas on kinni sulutud veretükkide, kivide või põletikulise paistetuse läbi, ja pärast alles laieneb neeruvaagen mõne uue põhjuse pärast, mis allpool neeruvaagnat seisab. Kuid sarnane tekkimise viis ei paista praeguse juhuse tarvis tõenäolik olevat, — raske on oletada, et kõik neerukarikate suud oleksid ühekorruga ja ühetasaselt kinni sulutud olnud.

Vist on käesolev juhuse, nii rikas anomaaliate poolest, juba embrüoloogilise arenemise ajal sarnase iseäralduse tekkimise võimaluse saanud.

* * *

Resumé: Gewöhnlich bei einer ausgebildeten Hydronephrose erscheinen das durch Harnstauung erweiterte Nierenbecken und die Nierenkelche als ein gemeinsamer Sack.

In dem zu beschreibenden Falle von Hydronephrose bildet das erweiterte Nierenbecken eine vor sich abgeschlossene Höhle (Fig. № 1 — P. d. u. № 2 — P.), die mit den Höhlen in der Niere nur durch enge Öffnungen (2—3 mm. im Durchmesser) kommuniziert. Diese Öffnungen, 6 an der Zahl, sollen als unerweiterte Mündungen der Nierenkelche in das Nierenbecken betrachtet werden.

Dieser Fall entstammt einem 38-jährigen Manne. Vor 5 Jahren erhielt er im Felde eine Kontusion der rechten Lumbal-

gend mit nachfolgender Hämaturie. Vor einigen Monaten Infection mit Gonorrhoe. Zu dieser Zeit begann sich eine sich vergrößernde fluktuirende Geschwulst in der rechten Seite des Bauches kundzugeben. Die Harnmenge verminderte sich. Es wurde eine Operation bei Veranlassung der rechtseitigen Hydro-nephrose (Entleerung des Inhalts) vorgenommen. Exitus letalis am 15. Tage nach der Operation.

Bei der Obduktion wurde eine ganze Reihe von angeborenen Anomalien in den Nieren gefunden: Ren arcuatus (Fig. № 1 u. 2 — a), Hilus renalis mit dem Nierenbecken der beiden Nieren nach vorn gerichtet (Fig. № 1 — P. d. und P. s.), die Nierengefäße stehen hinter den Nierenbecken (Fig. № 1 — V. d. und V. s.), die linke Niere erhält ausser der A. renalis aus der Aorta noch einen arteriellen Ast aus der A. iliaca communis sin. (Fig. № 1 — A). Die rechte Niere ist stark vergrößert (30 cm. lang und 12 cm. breit, hydronephrotisch, mit der obenerwähnten Besonderheit. Die linke Niere zeigt eine kompensatorische Hypertrophie.

Die Kontusion mit einem wahrscheinlichen Bluterguss in die Niere oder das Nierenbecken und die Gonorrhoe der harnleitenden Wege können als ätiologische Momente für die Hydro-nephrose betrachtet werden, aber die Herkunft der Besonderheit des betreffenden Falles ist vielleicht kongenitaler Natur.

Dr. med. Friedrich Robert Faehlmann.

Sünd. 1798, † 1850.

„Eesti Arsti“ ilma saates ei tahaks mitte peatamata olla Eesti arsti mälestuse juures, kes oli üks väärilisematest meie seisuse esitajatest meie kodumaal. Faehlmanni suuri teeneid Eesti muinasloo uurijana, Eesti keele lektorina Tartu ülikoolis ja Õpetalud Eesti Seltsi esimehena ei tarvitse siin kohal enam alla kriipsutada, need on küllalt laialdaselt tuntud. Kogu tema laialdane õpetatud ja kirjandusline tegevus aga, mille juurde veel tuli tema julge väljaastumine oma allasurutud sugurahva eest selle maailma suurte ja vägevate vastu¹⁾, ei takistanud mitte Faehlmanni olla esimeses jones arstiks, põhjalikkude teadusliste huvidega õpetlaseks omal alal, ühtlasi tüdimata praktikeriks ja soojaks inimese sõbraks, kes omas kutsetöös ei vahet teinud rikka ega vaese vahel.

1) Faehlmanni poleemika parun Nolcken'iga.

Faehlmanni kui arsti iseloomustamiseks on eriti huvitavad kirjutused tema üle kahe Saksa ametivenna poolt, kes mõlemad teda elus lähemalt tunnud, iseäranis aga tema elulugu tema lähema sõbra Dr. F. R. Kreuzwaldi sulest¹⁾.

„Angenehmste Erinnerung!“ ütleb Dr. Bertram-Schulz, „Wer stand diesem originellen, durch und durch ehrenwerthen Mann, diesem begabten Heilkünstler, diesem heitersten Gesellen im Leben nahe, ohne nicht den Wunsch zu empfinden, auf sein frühes Grab die schönsten Totenkränze zu legen?“

Faehlmann war Este von Geburt und besass alle guten und keine einzige der unangenehmen Eigenheiten der turanischen Race. Nur sich selbst, seinem Genie und seinem eisernen Fleiss verdankte er seine später so eminente Stellung als beliebtester Arzt der Stadt²⁾“.

Faehlmanni saamiseloost kirjutab üks teine tema ametivendest, Dr. Martreb³⁾ järgmiselt:

„Faehlmann hatte 8 Jahre lang mit eisernem Fleiss studirt. 1825 absolvirte er das Doctorexamen. Damals bemerkten die Professoren einstimmig, dass ihnen nie ein so glänzendes Examen vorgekommen wäre. Es bleibt unentschieden, zu welchem Prüfungsgegenstande er am gründlichsten sich vorbereitet hatte. Schon im ersten Jahre meiner Aufnahme in die Universität, 1823, wies man auf Faehlmann, als auf einen tüchtigen Mediciner hin, Allgemein bekannt war Prof. Erdmanns Urtheil über ihn. Nachdem nämlich Erdmann Faehlmanns erste Krankengeschichte zu Hause gelesen hatte, kam er den Tag darauf in's Klinikum und rief mit bewegter, fast weinerlicher Stimme aus: „Wo ist Herr Faehlmann! Herr F! Herr F! Sie werden ein grosser Arzt werden“.

See ettekuulutus läks täide. Aastal 1827 kaitses F. hiilgavalt oma doktori väitekirja aine üle: „Observationes inflammationum occultiorum“, mis autori põhjalikust arstiteaduslisest eriharidusest kui ka tema praktilisest talendist tunnistust annab.

See viimane iseloomulik kalduvus kui ka selleaegsed kitsad olud tingisid Faehlmanni edaspidist tegevust praktilise arstina Tartus, millena tema aja jooksul ametivendade hulgast esimese koha peale tõusis. Tema edaspidist arenemiskäiku ja vahekorda oma kodulinna alma mater'i arstiteaduskonnaga iseloomustab Dr. Bertram-Schulz järgmiselt: „Fählmanns Nationalität erklärt den mühsamen Beginn seiner glänzenden Laufbahn; dafür brachte sie ihm den Vorteil, dass er nicht blindlings, wie andere Gelehrte von civilisirten Nationen, an vorausgegangene grosse Männer zu glauben geneigt war . . . Und diess war er, was zwischen ihm und der medizinischen Fakultät eine Kluft befestigte. Sie konnte nicht wohl einen so entschiedenen Zweifler in ihre Mitte aufnehmen. Es half nichts, dass alle Mediciner, ja die ganze Stadt es laut sagte: Faehlmann müste Professor der Klinik werden. Er gelangte nicht dazu!“

Selle oletusega tuntavas vastolus seisab Faehlmanni lähema sõbra, meie lauluisa Dr. Kreuzwaldi küll täitsa usutav teade, et just Tartu

1) Verhandl. d. Gelehrt. Estn. Gesellsch. 1852.

2) Dorpats Grössen u. Typen vor 40 Jahren. Dorpat 1868.

3) Bemerkungen zu Dr. Bertram's Flugschrift etc. Moskwa 1868.

ülikooli arstiteaduskonna poolt Faehlmann'ile „küll tasa, küll pisut valjumini“ märku olla antud, ta avaldagu ommeti midagi trükkis, et olla õigustatud kandideeri mõne arstiteaduslise õpetooli peale ja et iga uus avanev vakants neid soove jälle uuesti olla elustanud. Olla isegi valmis oldud loobuma trükitud kirjatöö nõudmisest, mida ju tagantjärele oleks võidud sisseanda. Faehlmann aga olla omas täitsa iseseisvas elukutses, kui praktiline arst, tunnud ennast sedavõrt rahuldatus, et ta seda mingi teise elukutsega ei olla tahtnud vahetada.

Tõeasi on edasi, et Faehlmanni õpetaja ja sõber, professor Johann Friedrich Erdmann, a. 1843 Tartust lahkudes, arstiteaduskonnale oma järeltulijaks farmakoloogia ja dieteetika õpetoolile tungivalt soovitanud Faehlmanni ja et viimane arstiteaduskonna ülesandel 5 poolaasta kestel tähendatud aineid ülikoolis on ettekannud (II poolaastast 1843 — II poolaastani 1845 incl¹).

Kuid I poolaastast 1846 on tema ülikooli juurest jällegi lahkunud, olgugi et farmakoloogia õpetool alles vaba oli ja selle koha peale teist sündsast dotsenti peale Faehlmanni ei leitudki, nii et aastal 1848 väljamaalane Dr. Bucheim farmakoloogia korralikuks professoriks valiti, Nikolai I aegsete voolude peale vaatamata, kus väljamaalasi Venemaa ülikoolidest püüti eemale hoida.

Ammu enne seda oma õpetööd Tartu ülikoolis oli Faehlmann tagasi-lükkanud kutse K a a s a n i ülikooli kohtuliku arstiteaduse õpetoolile korraliku professorina asuda (oktoobril 1837).

Täitsa passiivne oli tema, kui Jürgensoni surmaga (1842) Eesti keele lektori koht Tartu ülikooli juures vabanes, olgugi Eesti keele uurimine tema armsamaks meelelahutuseks väsitava kutsetegevuse kõrval. Sellegi õpetoolile, mida ta kuni surmani täitis, oli tema valitud peale selle, kui eelmine kandidaat läbikukkunud, temale üsna ootamata: „mis tehha, ei oska keelt egga kirja, pannakse waesekest unniko otsa, laulgo kudda juhtub“.

Nende vastolude seletamisel tuleb vist õigust anda eestkätt Kreutzwald'ile, osalt aga ka Bertram'ile: näib, et Faehlmann'i iseloomus oli palju passiivsust, inertsust; kõige oma püsiva energia juures ei olnud tema mitte mees, kes parajat juhust akadeemilisele õpetoolile peasemiseks oleks püüdnud tarvitada, liiategi kuna tema elav ja kaastundlik iseloom teda praktiliseks arstiks eriti disponeeris. Teiselt poolt aga on küll põhjust arvata, et Faehlmanni suurejooneliselt vaimukas isik oma ratsionalismi aja avarate põhivaadetega, oma skeptitsismi ja lõikava pilkega, oma Eesti kohmakusega ei hästi harmoneerinud valitsevast ülemkihist tõusnud arstiteaduskonna liikmetega, kelle tegevus üleselle surutud oli Nikolai-aegse reshii ml kitsastesse raamidesse. Sealjuures läks tema algusest saadik nõrk tervis (ema ja 2 venda olid surnud kopsutiisikusse) aasta-aastalt ikka nõrgemaks, iseäranis aga tema õpetegevuse kestes farmakoloogia õpetoolil, mille kõrval ta oma lektori ametit

¹) Loengute nimekirjas II poolaasta kohta 1843 seisab sõnasõnalt: Dr. Friedrich Faehlmann praktizirender Arzt, wird wegen Erledigung der Professur der Diätetik, Arzneimittellehre etc. etc. mit höherer Genehmigung stellvertretend den 2 Theil der Pharmacologie und Receptirkunst an den 5 ersten Wochentagen von 4—5 Uhr vortragen. — Järgneval kevade-õpeaastal 1844 kanti ette farmakoloogia I jagu Hecker'i õperaamatu järele, üleselle peeti harjutusi retseptide kirjutamises, kokku samuti 5 nädalituunil.

edasi pidas, üleselle oma laialist ja väsitavat arstlist praksist. 1844/45 a. kogu talve läbi olid tal palavikud: „Ich fürchte, es ist von diesem Winter etwas nachgeblieben, was mir noch lange wird zu schaffen machen“, kirjutab ta järgmisel kevadel Kreutzwaldile. Veel raskem oli järgmine varakevad (1846 a.), kus ta, oma ütelse järel „ $\frac{3}{4}$ surnud, seega ainult $\frac{1}{4}$ elus“ oli. Sama aasta sügis-suvel tuli tal sellest hoolimata äärmisi jõuupingutusi teha: lahtipuhkenud kõhutõve taudi ajal tuli temal igapäev kella 7 hommikust kuni 1—2-ni öösel alalõpmata jalul olla, käies läbistikku 110—125 haige juures nende kodudes (epideemia barakke seekord ei tuntud); üleselle läks vaevalt öö mööda, kus tema ukse taga ei helistatud.

Omi rikkaid, sellest taudist saaduid kogemusi esitas ta hiljem omas teoses „Die Ruhrepidemie in Dorpat im Herbst 1846“, mis laialist tähelepanu äratas nii kodus, kui ka Saksamaa arstiteaduslikes ajakirjanduses, (Schmidt's Jahrbücher, Casper's Medizinische Wochenschrift, Oppenheims Medizinische Zeitschrift). Viimase retsensent tähendab, Faehlmann olla ennast selles omas töös esitanud „als tüchtiger Beobachter, als humaner Arzt, als einfacher und vorsichtiger Therapeut“.

Viimase hoobi andis Fählmann'ile aga kolera-taud Tartus 1848 a. suvel. Oma halatsemisväärikselt nõrga tervise peale vaatamata ei saanud ta siin 4 nädali kestes korragi riidest lahti ega voodisse, vaid oma paar öösest puhketundi saatis ta mööda tukkuds sohval.

Siinki oli tal ravitsemises õnne, peale selle kui ta omale kliiniliste surnukehade lahtilõikuste teel selgust oli muretsenud selle senini tundmata haiguse kohta¹⁾ ja nii omale loonud juhtnöörid selle otstarbekohase ravitsemise suhtes. Tema põhimõtte oli esimeste varjaste sümptomide juures arstida: „parem 10 korda asjata kutsutud saada, kui üks kord liig hilja“.

Nüüdsest peale läks Faehlmanniga ruttu lõpupoole, kuigi ta ise veel suuri väljamaa reisi kavasis tegi, tiisiskushaigele omase optimismiga ennast pettes oma meeleheitlikku seisukorra üle: „rheumatische Schmerzen, starker Lungenkatarh und ein verzweifertes Fieber, keine Minute Schlaf in der Nacht“. — Öösel vastu 13 aprillil 1850 tuli surm kopsu-verejooksu tagajärjel.

Faehlmann oli, tema ustava sõbra Kreutzwaldi sõnade järel „põhjalik arst-õpetlane terava tähelepanemisvõime ja rikaste kogemustega, kes niisama kindlasti omi diagnoose pani, kui õnneliku taktiga igal üksikjuhtumisel tabas kohe sündsä ravitsemisviisi. „Toto curare“ oli tema põhimõtte. — Hoolimata üli-suurest patsientide arvust ei olnud tema ravitsemisviis kunagi arstlise käsitöö laadi, kus ainult seisvaid retsepti-vorme tuntakse. Tema individualiseeris valjult ja selle järel juhtis kuuri. Ta jälgis teaduse edukäiku vaikse virkuse ja hoolega (öötundidel), niikui seda küll üliharva praktilise arsti juures leitakse“.

*

1) Faehlmanni arvates kuulus kolera verehaiguste hulka, tekitatud „durch deletäre Stoffe“ mis, olgu see naha, olgu hingamisteede kaudu kehasse peasevad ja eestkätt seljaüdis pesitama hakkavad (siit kanged valud seljas, krambid reites, sääremarjades ja koliigitaolised valud enne soole tühendamist; sekundaarseks lokaliseerimiseks olid siis seedimiskanaali limanahad (Kreutzwald).

Nüüd, kus meil olemas Eesti ülikool hulga rahva seast tõusnud õpetajatega ja jõudsalt järelvõrsuva teaduslise järelkasvuga, on meil küll põhjust auukartuses mäletada meest, kes, peale kõige muu, meile ka esimeseks tee-rajajaks oli akadeemilise õpetegevuse alal, esimeseks oma sugu mitte salgavaks Eesti akadeemiliseks õpetajaks meie alma mater Tartuensis'e juures.

S. Talwik.

Tallinna Eesti arstide seltsi

teaduslike koosolekute protokollidest 1919, 1920 ja 1921 a.

I. koosolek 13. XII. 19.

- 1) Dr. med. K. Konik: „Sapiteede põletiku ja selle operatiivse ravitsemise küsimuse kohta“.

II. koosolek 22. XII. 19.

- 2) Dr. med. J. Luiga: „Cortical-epilepsia“ ühes haige demonstreerimisega.
3) Dr. med. K. Konik: „Põie papilloomi“ preparadi demonstreerimine.
4) Dr. med. J. Luiga: „Gottlieb Ast'i autopsia“.

III. koosolek 17. I. 20.

- 5) Dr. H. Rütman: „Parenteraalne piimaga ja terpentiinõliga ravitsemine.“

Esimesed katsed piimaga ravitseda tehti Saxli poolt typhuse juures, selle järel hakkasivad Müller ja Weiss 1916 a. ja pärast Gellis ja Winter teda tarvitama gonorrhoea juures. Kahe viimase arvamise järel mõjub piima intramuskuläär pritsimine 1) ilma erandita hästi gonorrhoea komplikatsioonide puhul, kuid iseäranis epididymitise juures, 2) sealjuures püsiv urethritis kaob ilma mingisuguse muu ravitsuseta, 3) soovitavad algdoosideks 4—5 ccm. keetmise läbi steriliseeritud ja filtreeritud piima; kõrgem dosis oleks 8 ccm.; 3—4 inject. intramuskuläär 5-päevaste vaheaegadega, 4) iseäralisi kahjulikka kõrvalnähtusi ega tagajärgi tähele ei pandud; 5) mitmel juhtumisel, kus vakziina ei aitanud, aitas piim. — 1917 a. tihenevad katsed. Piimaga hakatakse ravitsema furunculoosi, carbunculoosi, aktinomükoosi, buboon'e, epididymiiti ja psoria'st. Tagajärjed rahuloldavad; erysipelasi juures — pooltel juhtumistest peale pritsimist kriitiline t^o lange mine ning teistel juhtumistel täheldandav valuvähene mine.

Lehma piim andis kõige paremaid tagajärke, võrreldes naisterahva ja kitsepiimaga. Stark näitab, et cystitis'e, cowperitis'e prostatitis'e juures ravitsemine ilma tagajärjeta, bubon'ide juures mõju nende suhtes regressiivne.

Kuid teiselt poolt tulevad teated ebaõnnestanud katsetest (Steiger) furunculoosi, carbunculoosi ja näärmete põletiku juures. Niisama

Bachstesz (14 juhtumist silmagonorrhoea — negativ tagajärjed). 1918 a. Tallinnas Dr. Spindler leidis, et epididymitis'e juures rahuldavad tagajärjed — mitte halvemad, kui Arthigoni tarvitamisel, lymphangoitis dorsalis penis ja phimoosi juures koguni paremad. bubon'ide ja pruritus'e juures paranemine ehk terveksaamine. Referenti katsed (50) on hästi korda läinud, ainult 1 cystitis, bacteriurie põhjal, halvenemine, oophoritis'e, salpingitis'e juures peaaegu mingit mõju.

Terpentiinõli pritsimine on Klingmülleri järel ikka hea mõjuga põletikkude ja mädanikkude juures (mitu tuhat pritsimist). Selle peal põhjeneb tema otsus, et vakziine sugugi spetsiifiliselt ei mõju. Head tagajärjed on kõigi haiguste juures, mille del sümptoomiks põletik eksudatsiooniga.

Terpentiinõli pritsitakse iga 4—7 päeva järel $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ccm. 20%-st. lahku oliivi õli sees. Paralleel piima ja terpentiinõli pritsimisi on Sellei Budapestis teinud ja leiab, et piimaga pritsimise resultaadid kindlamad ja kestvamad, on Klingmülleriga ühel arvamisel. Teaduslikult ei saa veel hästi seletada piima mõju organismi peale, võib oletada, et see protoplasma aktiveerimine oleks.

IV. koosolek 24. IV. 20.

- 6) Dr. med. J. Luiga: „Diaphragma-clonie“ ühes haigete demonstreerimisega.

Referent näitab poisikest, kes kannatab diaphragma krampi all, mis avaldub löötsutamises, kõhu etteajamises, singultus'es neelamise juures, pea tagasi viskamises. Need tundemärgid näitavad kaelalülide kohalt väljatulevate närvide ärituse peale. Nii n. phrenicus tuleb välja 4 cervic. juures, seal on ka hell koht pahemal pool; ülespoole — 3, 2, 1 cervical. — n. hypoglossus (neelamise juures pea tagasi viskamine); kisub käsa kokku — 5—6 cervical. kohal äritus, algav tbc; kõha tuleb n. vaguse kõrva kaudu äritamisest. See oleks Perispondylitis cervicalis. Ravitsus — ungt. Hydrarg. ciner., kompressid. Võib kergesti ärasegada tic'i ja chorea'ga.

II juhtumine — paramyoclonus multiplex — harva-ettetulev haigus, — mees maalt, kes juba 12 aastaselt haige: lihaksed tõmblevad (ei või, näituseks, rattaga sõita — tõmbab kraavi). Siin on ainult mõned lihaksed tegevad — osalt kah diaphragma. Therapia nulla. Mõlemad haigused mõjuvad patsientide peale nürivalt ning teevad neid vastuvõtlikkudeks pneumonia crouposa'le.

III juhtumine — madrus; tõmblesid kõik lihaste grupid — myoclonus epilepticus. See haigus tabab terveid perekondi — mitmesuguste haiguste näol (dementia. etc.).

V. koosolek 3. I. 21.

- 7) Dr. V. Lindeberg: „Оперативное лечение опухолей мосто-мозжечкового угла“, ühes opereeritud haige demonstreerimisega.

- 8) Prof. L. Puussepp: „Симптоматология и лечение болезней hypophysis'a.“
Hypophysis'e haiguste hulka kuulub nõndanimetatud akromega-

lia — lõpendite suurenemine. Nagu Roentgeni ülesvõtetest näha, suureneb siin sella turcica mõne kasvaja kaudu, mille tagajärjel hypophysis väheneb ning toob esile isesuguse sümptomo-kompleksi, mis tuttav nime all: „Dystrophia adiposa genitalis“, (rohke nahaaluse rasva kogumine, libido kadumine, kuupuhastuste ärajäämine); peale selle rõhumise tagajärjel chiasma n. optic. sisemise riskäigu peale on temporaalnägemine halb (silmad valutavad, oksendamine j. n. e.). Etioloogia — nähtavasti trauma (verevalang), põletiku iseloomuga cyste. Prognosis viimasel juhtumisel — hea. Selle seisukorra tundemärgiks on alguses hemicrania, siis epileptoid-hoog ning kõige tabavam — lendamishoog.

Inkapsuleeritud hypophysis leidub idiotidel (nendel näib vähe kergendust andvat ravitsemine glandula thyreoidea preparaadi pituglandoliga).

60% hemicrania juures võib tähelpanna hypophysisse muutumist ja peaaegu pundumist (oedema).

VI. koosolek 5. III. 21.

- 9) Dr. med. P. Turtschaninow: „Ratsionaalne haigete toitmine haigemajades“.
- 10) Dr. med. E. Jannsen: „Ein Fall von Psammosarcoma durae matris spinalis“.

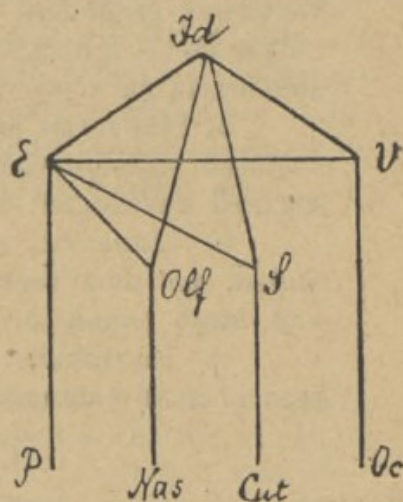
VII. koosolek 2. IV. 21.

- 11) Prof. L. Puussepp: „Физиология половой функции“.

Prof. Puussepp leidis peaaigus (koortel) keskkoha, mis valitseb penise sirgumise (erectio) üle, kuna seni teised katsetegijad arvasid, et nimetatud keskkohast selgrooüdis asub. Ainult kliinitsistid, puutudes kokku mitmesuguste ebakalduvustega sugutungis, arvasid, et peaaigu tingimata mõnel viisil sugulise funktsiooniga ühenduses peab olema. Selle keskkoha leidmine annab võimaluse kokku seada sugutungi vastuvõtte ning tunnetekava.

Silmaga (*Oc*) saadud mulje läheb nägemise keskkoha (*V*), sealt kujude keskkoha (*Id*), kus ta kas jääb ehk läheb edasi sirgumise (erectio — *E*) keskkoha; kust edasi antakse penisele (*P*) sellekohane käsk.

Juhtumisel, kui sirgumine sünnib peaaigu teadmata, s. o. saadud mulje ei saa ümbertöötatud kujude keskkohas — läheb teekäik läbi *Oc—V—E—P*. Samasugune kava on kujutatud haistmis — *Olf* ja tundemeelele — *S*. Kui tegutsevad kõik kolm muljet, siis on kogumõju seda tugevam sirgumiskeskkoha peale. Niisuguse kava käsitlemine aitab meil ka seletada ebakalduvusi — ühelt poolt, kui keskkoh-



tade kõrgendud äritusetagajärgi, ja teiselt poolt kui assotsiatsiooni ühenduse katkestamist. Näit. masochismi juures äritatakse keskkoh V, kuid sellest ei ole küll, tarvis veel tugev — kuni valuni — tunde keskkohta äritus jne.

Kui ülalmainitust selgub, et peaaegu mängib suurt osa sugu funktsioonis, siis on arusaadav, et tema reageerib tugevasti suguliku ühenduse peale. Referent on selgitanud katsete varal koertega „suguliku ühenduse mõju peaaegu vereringvoolu peale.“

Coituse juures järsku suureneb vererõhumine ajus ning veresooneid laienevad, peale lõppu aga langeb ta jällegi järsku alla hariliku seisuga. Rõhumise tõusu ja veresoonte laienemist võib tähele panna ka siis, kui isakoer emast ainult näeb; seda suurem on mõju koerte jooksu ajal: emane koer mõjub isase haistmisorgaani peale.

VIII. koosolek 1. X. 12.

- 12) Dr. A. Wilken: „Bronchitis fibrinosa essentialis'e juhtumine“.

Tartu Eesti arstide seltsi

teaduslike koosolekute protokollidest.

I. koosolek 17. III. 1920.

- 1) Dr. A. Sossi: „Abortide arvu suurenemine ülikooli naistekliinikus viimastel aastatel“.

Ref. näitas arvude varal, kuidas abortide arv kliinikus iga aastaga kasvanud, ette jõudes viimasel ajal normaal sünnitamiste arvust. Läbi rääkimistel selgitati selle väärnähtuse põhjusid, tema vastu võitlemise abinõusid ja võeti vastu järgmised resolutsioonid:

a) Linnaarsti paluda selle järele valvata, et ajalehtedes seadusvastased rahvatervishoidu puutuvad kuulutused ei ilmuks ja et seesugused kuulutajad saaksid seaduslikule vastutusele võetud.

b) Linnaarsti paluda praktiseerivate ämmaemandate erahaigemajad, mis ilma Tervishoiu Peavalitsuse poolt väljaantud loata töötavad, kinni panna ja ämmaemandad seaduslikule vastutusele võtta.

c) Tarvilikuks tunnistada, et edaspidi ühegi ämmaemandale luba ei anta haigemaja avamiseks (sünnitajatele).

II. koosolek 23. III. 20.

- 2) Prof. K. Konik: „Plõksuva puusa üle (schnellende Hüfte), haige demonstreerimisega“. — Pärastine operatsioon oli häid tagajärgi annud, haige puus oli paranenud.

III. koosolek 7. X. 20.

Koosolek kõhutõve (dysenteria) küsimuse selgitamiseks ja kuidas taudi vastu võidelda.

- 3) Dr. Mõttus: „Statistilised andmed kõhutõve üle Eestis“.

- 4) Dr. Kroll: „Statistilised andmed Tartu linna kohta“.
- 5) Dr. Lukk: „Statistilised andmed Tartu maakonna kohta“.
- 6) Dr. Truusa: „Statistilised andmed Tartu Sõjaväe haigemaja üle“.
- 7) Dr. F. Lepp: „Tandilugu, haiguse käik ja arstimine Tartu linna haigemajas“.

Läbirääkimised olid elavad.

a) Leiti, et kõhutõve vastu võitlemises väga tähtis on teada, misuguste pisilastega meil tegemist on. Bakterioloogiliselt tuleb kindlaks teha tõve tekitajaid.

b) Profülaktiliselt tuleb laiemalt vakziina tarvitamist soovitada.

c) Tarvis kasvatada kodanikka, kellel teadmised ei puuduks teravishoiust üleüldse ja külgehakkavate haiguste eest hoidmisest iseäraldi. Tervishoid rahvakoolidesse sunduliseana õpeainena.

IV. koosolek 21. X. 20.

- 8) Dr. A. Soõsi: „Harva ettetulev kõhuruumi ja põle vigastus kunstliku sünnitusabi andmise puhul“.

Sel juhtumisel on kranioklast mitte õigel ajal külge pandud. Emaka kael on veel kinni olnud. Üks kranioklasti haru on vastu lapse pead pandud, teine aga emaka kaela peale. Tõmbamise juures on pool emaka kaela katki rebitud, mille juures kranioklast pea pealt ära libisedes emaka perforatsioon ja vigastas põit, milles kusefistel tekkis. Kliinikus tehtud plastiline operatsioon õnnestas hästi. Haige lahkus kliinikust paranenuna.

V. koosolek 21. X. 20.

- 9) Prof. K. Konik: „Märkused appendicitis'e üle“.

Põhjust selle küsimuse käsitamiseks annab asjaolu, et haigeid mitte õigel ajal kliinikusse ei saadeta. Seda aga on tarvis teha esimese 24 tunni ehk kõige hiljem 48 tunni jooksul, et oleks võimalus operatiivset meetodi tarvitada, sest konservatiivne arstimine annab 10—15% surevust, kuna esimese 24 tunni jooksul tehtud operatsiooni järel surevust ei ole. Kui lõikuse aeg on mööda lastud minna, siis tuleb attaki vaheajal lõigata.

VI. koosolek 9. XII. 1920.

- 10) Prof. K. Konik: „Sapiteede kivihalgus“.

Kivide tekkimise lugu selgitades peatab ref. valude sündimise juures, milles peaaesjalikult infektsioonilist sapiteede põletikku süüdistada tuleb. Operatsioon on ainult siis lubatud, kui selleks indikatsioon ei puudu, kui põletik ja valud ei kao. On infektsiooniline protsess lõppenud ja ühes temaga valud kadunud, siis ei ole lõikus õigustatud ka siis mitte, kui kivid alles jäänud. Kivid üksinda ei sünnita häda.

(Järg lähemas numbris.)

Viljandi arstide seltsi

teaduslike kude koosolekute protokollidest,
Seltsi asutamisest kuni 7. XI. 1921.

I. koosolek 21. XI. 1920.

1) M. Nõges: **Tiisikuse arstimine immunbioloogilistel sihtjoontel.**

Autor demonstreeris 17 a. tiisikushaiget tütarlaste keskkooli õpilast O. L., keda ta 3 kuu jooksul ambulatooriliselt Sero—Vaccin „Hoechst“ ja tuberkulin Denys'ga subcutan rahuldavate tagajärgedega ravitsenud. Algdoos—0.000002 „Hoechst“, lõpudoos—0.06 Denys. Tehitud 32 injektsiooni. Enne pritsimist aasta aega haige palavikuga 37.5⁰—38.5⁰ vahel. Pääle neljandama pritsimise vajuks palavik äkki alla 37⁰ ja jäi ka sinna. Kuuri ajal läks haige 8 naela võrra raskemaks (3 p. 8 — 3 p. 16 n.). Referent nõuab äärmist ettevaatust doseerimisel proliferatsioonivõime pesade juures.

2) A. Zastrow: **Proteesi küsimusest peale kõrge rele-amputatsioonil.**

II. koosolek 8. XII. 1920.

3) A. Zastrow: **Verruca plantae küsimusest.**

Jala tallade all juhtuvad käsnad, mis väga suurt valu teevad ja kõndimist takistada võivad.

Kõige paremaid tagajärgi ravitsemisel andis emplastr. cantharidum ordin. Plaastert arvitakse paari päeva jooksul kuni vill tekib; siis on kerge ühes nahaga ka käsna ära lõigata. Paranemine edeneb ruttuliselt.

4) A. Zastrow: **Raskete gingiviitide ravitsemisest (2% Kal. bichromic. määrimine).**

III. koosolek 13. I. 1921.

5) M. Nõges: **Haemorrhagia corp. lentiformis luëtica hered. verise kõhutõve haigel.** Demonstration.

6) B. Sellheim: **Die Frühoperation bei Appendicitis.**

Der Begriff der Frühoperation richtet sich nicht nach dem Krankheitsstage, sondern nach den anatomischen Veränderungen. Der Prozess muss auf der Appendix beschränkt sein. Die Operation hat dann keine Gefahren. Da die klinischen Erscheinungen nicht mit Sicherheit auf das Stadium des destruktiven Prozesses in der Appendix schliessen lassen, so soll operiert werden, sobald alarmierende Symptome vorhanden sind. Schmerz und Muskelspannung stehen an erster Stelle. Lieber zweimal unnütz operieren, als einmal zu spät. Be-prechung eines, am 3. Krankheitstage mit Erfolg operierten Falles von schwerer Gangrän der Appendix.

7) A. Zastrow: **Raske angina phlegmonosa ravitsemisest.**

Klaastoru sisse paigutatud verekaanil lastakse paistetunud kohast verd imeda. — Mõni kord paranemine abortiivne; ikka kergendus. Iseäraliselt soovitatav laste juures.

IV. koosolek 2. III. 1921.

8) Gernhardt: Iritiskasulstik.

Iritis und Cyclitis getrennt selten, gewöhnlich Iridocyclitis.

Iritis: a) Hyperaemie. b) Exsudation in die vordere Kammer. c) Hypopyon, Hyphaema. d) Exsudation in die hintere Kammer, dadurch ringförmige Synechie: Seclusio Pupillae. (Folge: Glaucom).

Cyclitis (allein selten): a) Praecipitate hellgrau oder bräunlich; grauweisse, schwammige Exsudate; Hypopyon. b) Totale hintere Synechie. c) Glaskörpertrübungen. d) Tension anfangs erhöht, später vermindert.

Iridocyclitis (acute u. chronische) führt bis zu den stärksten Trübungen des Kammerwassers; Exsudate. Beteiligung d. Ciliarkörpers — grosse Gefahr für das Auge.

Iritisveränderungen können operiert werden, Cyclitisexsudate nicht. Leichte Iritis wird oft für Conjunctivitis gehalten, durch Behandlung verschlimmert; achten auf Irisverfärbungen u. Pupille (Vergleich mit d. anderen Auge), oft mit Glaucom verwechselt.

Dauer der acuten Iritis u. Cyclitis mindestens 4 Wochen. Oft auf der Höhe Atropin ohne Wirkung.

Dauer der chronischen Formen oft jahrelang (ohne Schmerzen) bis Sehstörungen eintreten; häufige Recidive auf constitutioneller Basis, nicht Trauma, selten totale Ausheilung.

Nach Recidiven sind Folgen: a) Atrophie d. Iris, (letztere wird grau, Zeichnung verwaschen). b) Hintere Synechie bis Seclusio pupillae, wodurch das Auge erblinden muss. c) Occlusio pupillae. d) Exsudate hinter d. Iris, totale Synechie. — Atrophia bulbi e) Linsentrübung.

9) B. Sellheim: **Terpentinanwendung nach Operationen im cavum uteri.** Bericht üb. 2 Fälle manueller Placentarlösung mit nachfolgender Auswachsung d. cav. uteri. Verlauf fieberfrei.

V. koosolek 20. IV. 1921.

10) Reimann: **Külgehakkavaid haigusi Viljandimaal 1920 a. jooksul** on ette tulnud registreerimise kaartide järele 308, neist: kõhutõbe — 84, kurgutõbe — 69, kõhu-soetõbe — 47, sarlakid — 41, plekk. soetõbe — 13, korduv. soetõbe — 11, rõugeid — 9, leetrid — 10, pidalitõbe — 9.

Arstide erapraktika aruannete järele on registreeritud 359 juhtumist (51 = 16% rohkem).

Kiriku aruannete järele on 1920 a. jooksul külgeh. haig. surnud 262 inimest, neist kurgutõvesse — 83, sarlak. — 75, veris. kõhut. — 28, kõhu-soojatõv. — 25, rõuget. — 13.

Siin ülesmürgitüd külgeh. haigused ei ole mitte iga kord arsti poolt kindlaks tehtud, aga suur surevuse arv (262) lubab oletada, et külgehakkav. haigusi on tõepoolest rohkem ette tulnud, kui arstide aruannetest näha.

1920 a. on maakonnas surnud 1846 inimest, sündinud 1159, seega vähem sündinud kui surnud — 687 inimest.

Ämmaemandate abi on tarvitatud 165 sünnituse juures.

Surevuse koefitsient Viljandimaal 1920 a. — 22,5. (1900 a. kõige suurem Ungaris — 27,9, kõige väiksem Norramaal — 15,7.)

Sündivuse koefitsient — 14,1. (1900 a. kõige suurem Vene-maal — 49,7, kõige väiksem Prantsusemaal — 22,0.)

Ettetoodud arvud näitavad, et: 1) haigete registreerimine sünnib korratult. 2) arstiabi tarvitakse vähe ka raskete haiguste puhul. 3) suurema osa sünnituste juures ei tarvitada asjatundliku abi. 4) 1920 a. on rahva arv Viljandimaal tubliste kahanend.

- 11) Kerstens: **Лечение рака кожи и волчанки pasta plantagina.** — Состав последней известен только прожив. в России обладателю средства. Автором пользовано ею 14 случаев: разрушение раковой и волчаночн. ткани с реактивн. опуханием и покраснением окружности. После излечения обыкнов. рубец. Рецидивов в продолж. 8 месяцев не наблюдалось. Интересно продолжать опыты.

VI. koosolek 18. mail 1921.

- 12) A. Zastrow: **Võeraste kehade kasuistikast.**

1) Rhinoliit, peale purustamist välja võetud; kivi keskel seedri pähkel, mis umbes 30 aast. tagasi oli viinasse pistetud. 2) 5 k o p-pikaline allaneelatud vaskraha; gastrostomia, paranemine. 3) anemuna suurune fosphaat — kivi põiest sectio alta läbi 70 aastal. mehel väljavõetud. Kivi sees klaaspulgakene, mida 2 aasta eest kusetoru sisse pandud, kuse kinnipidamis suhtes. 4) I s e-tehtud pessarium (vitsadest, kaetud tohikuga) 60 aastal. naisterahval väljavõetud narkoosi all; oli umbes 2 aasta eest nurgarsti poolt sisse pandud emaka väljalangemise ärahoidmiseks; vaginas suured mädahaavad; paranemine. 5) P u u p u l k meesterahval pärasoolest narkoosi all väljavõetud, 2 sõrme jämune, 17 sentimeetrid pikk; oli sisse pandud 2 päeva eest lahtise kõhu ja pärasoole väljalangemise vastu; paranemine.

VII. koosolek 24. augustil 1921.

- 13) A. Zastrow: **Patoloogiliste sünnituste kasuistik.**

1) Ruptura uteri spontanea sel ajal kui naisterahvas sünnitusmajasse minnes üle kraavi astus. 35 aastat vana; 5 sünnitus. 48 tunni järele laparatomia, emaka väljavõtmine; dreenaashe läbi tuppe, kõhu haav lahti jäetud; paranemine.

2) Graviditas peritonealis: I-para, 20 aast. vana; väga nõrk ja verevaene; sünnitamise aeg möödas, laps surnud. Laparatomia: haige suri operatsiooni ajal.

3) Graviditas extrauterina: Haige 35 aast. vana, umbes 3 aastat tagasi 5 kuud raskejalgne olnud, aga raskejalgsus kadus ära. Haigemajasse vastu võetud suure mädapaise pärast pärasoole ligidal.

Lahtilõikamisel tulid 2—3 nädala jooksul loodeluukesed välja; paranemine.

- 14) M. Nōges: **Neuralgia lumbo-sacralls.**

Autoril enesel peale väljasõitu higistanud olekus; järkjärgult erkude: ilcohypog., genitofemoral., obturator., cutan. femor. later. ja

sacrales post. piirkondades hoogeti kõrvetavad valud. Puutumata jäid cruralis ja ischiadicus. Kõhu kinniolek, nähtavasti sympathicus'e ärituse tagajärjel. Valud pikalt ja ägedalt trochanter maj. ümbruses (sellel kohal püksitaskus alati rahakotti kantud). Referent arvab, et „Ischiast“ liig sagedasti diagnostitseeritakse. Haiguse kestus 5 kuud, — sellepärast, et kogu aeg arsti ametit edasi peetud.

Kuse erikaal haiguse ajal 1025—1030 vahel. Ravitsemist pääle masseerimise katse ei olnud. Valud lahkusid ruttu, kui sügisel palju aiavilja tarvitati.

VIII. koosolek 29. augustil 1921.

Kõhutõve vastu võitlemise abinõude selgitamine. Töötati välja üleskutse tekst kohalikkudes ajalehtedes avaldamiseks.

IX., X., IX. koosolekud 19. okt., 2. ja 7. novembr. 1921.

15) A. Z a s t r o w: Prostitutsiooni reglementeerimine ei või edaspidi arstide poolt toetust leida.

Selts võttis mõne muudatusega järgmised referendi poolt ettepan- tud arvamised vastu:

- 1) Suguline abstinents ei ole tervisele kahjulik.
- 2) Lõbunaisterahvaste läbivaatamine ja ravitsemine peab kõigile teaduse nõudmistele vastama, mis praegu mitte ei sünni.
- 3) Lõbunaisterahvastele väljaantud arstlised tervisetunnistused võivad tegelikult maksivad olla ainult ühe sugulise läbikäimise kohta, millepärast sarnaste tunnistuste väljaandmine ülepea mõtteta.
- 4) Suguhaiguste ja prostitutsiooni vastu võitlemiseks on tingi- mata tarvis, et noorsoole sugulisi küsimusi seletataks, üle selle rahva seas teadmisi laialilaotataks prostitutsiooni ja sellega ühenduses olevate suguhaiguste kohta. — Seda tööd on arstid kohustatud viibimata algama.

Sõjaväe arstide 9. teadusline koosolek,

laupäeval 16. juulil 1921 a. kell 2 p. l. Kuresaare uues muda-supelusmajas.

Protokoll.

Koosolekut avas sõjaväe tervishoiu valitsuse ülem, san.-polkovnik L o s s m a n n.

Koosoleku juhatajaks valiti Prof. Paldrock ja Prof. Zoegel. Prof. Paldrock tervitas ametivendade nimel riigivanemat, kes koosolekule ilmunud. Kanti ette 4 referaati: 1) Prof. Paldrock: — Kuresaare — kul kurort, 2) Prof. Puusepp: Kurortide tähtsus närvi haavamiste ravitsemise juures. Tuleviku probleemid möödaläinud sõdade kogemuste põhjal. 3) Dr. Russov:

Muda ja mudavannid. Supelustehnika. 4) Dr. Falk: Kodumaa kurortide teraapõitiline tähtsus.

Referaatidele järgnesid elavad vaielused.

Dr. Falk: Arvan, et mudavannid niiviisi tarvitatud, kui Kuresaares, ei ole küllalt häid tagajärgi annud. Nende mõju ei ole spetsiifiline. Seda on ka Dr. Russov tähendanud. Eestimaa muda on suurepäraline, kuid tema tarvitamine veega segatult ei ole mitte otstarbekohane. Meie siht on mudavannide abil kõrget soojust sünnitada ja seda võib ainult segamata vannide näol kätte saada. On tarvis uue meetodi järele käia — tarvitada tihedat segamata muda, kõrge temperatuuri juures. Soojus ja soolade mõju naha peale on vannide pea faktorid. Soola resorpstioon naha läbi ei ole veel selgeks tehtud. Kas radioaktiivteet üleüldse mudavannis olemas, on lahtine küsimus. Massashil on suur tähtsus, kuid see tuleb ilmsiks ainult segamata mudavannis.

Mina ei salga nende veega segatud vannide mõju — nii kui neid Kuresaares tarvitatakse, — kuid see on minimaalne.

Prof. Puusepp: Soovitan arstimise viisi individualiseerimist võimalikult laialt läbi viia. Mis mudavannide juures mõjub, on veel selgimata. On tarvis mudaga teaduslikka katseid teha.

Prof. Zoega: Meie muda omaduste ja selle otstarbekohase tarvitamisviisi kohta ei ole mitte küllalt täielikka uurimisi ette võetud. On katseid algatud — kuid neid ei ole täies ulatuses veel lõpule viidud. Fakt on see, et on kahesugused järsult erinevad vaated muda tarvitamisviisi kohta (puhas, tihe muda ja veega-segatud mudavannid). Siin ei või mitte ütelda, et õigus üksi keskteel asub, kord on ta siin, kord seal. Et igal üksikul haigusjuhtimisel õiget kohta üles leida, selleks peame laialisi uurimisi ette võtma. Soovitan, et selleks mitte erilist komisiooni ei valitaks, vaid ei suvituskohdades töötavad arstid seda oma hooleks võtaksid. On tarvis hoolega tähele panna ka väljamaa supelusasutuste korraldust. Ei ole ja kellegi saladus, et meie supelusasutused mis ometi nii üliõnnelikud oma loodusrikkuste poolest — palju kaotavad oma sisemise korraldamatuse tõttu. Kui see parandatud ja ka ühendus mannermaaga hästi korraldatud saab, siis suudaksid Haapsalu ja Kuresaar julgesti väljamaa paremate supelusasutustega võistelda ja võiksid nendest ettegi jõuda.

Dr. Russov: Dr. Falk'i arvamise üle — et Haapsalu ja Kuresaare vannide mõju mitte spetsiifiline ei ole — võib veel vaielda. Sellesama õigusega võiks ütelda, et ka Lõuna-Venemaa mudavannidel mingisugust spetsiifilist mõju ei olla — sest ka siin on kõige suurem rõhk pandud füsioloogilisele teraapiile peale — mida niisama hästi kuuma liiva kottidega võiks kätte saada. Siin Kuresaares tarvitakse muda nii kui oleks temal mingisugust keemilist mõju. Kui palju õigust sel arvamisel on — ei tea ütelda.

Mina ei või salata, et mudavannid tihti häid tagajärgi annud on, kas aga muda, veevannid ehk midagi muud siin põhjuseks, — ei või kinnitada.

Palun mitte minust aru saada, nii kui ei oleks mina vannide tarvitamisviisiga, nii kui seda Kuresaares ehk Lõuna-Venemaal tehtakse, nõuus, ümberpöörduvalt, — aga et mina kohasest meetodist mitte täiesti rahuldud ei olnud, tahtsin mina juba ammu Lõuna-Venemaa supelusasutusi üles

otsida ja ennast tutvustata sealse metoodiga. Sõda takistas mind seda tegemast.

Senised uurimised, kas nahk resorbeerib ärasulatud aineid või mitte, ei ole veel küllalt selgust annud. On tihti läbirääkimise ajal kuulda olnud, et puhkus, hingeline ja kehaline, arstimise juures suurt osa mängivat. On aga juhtumisi — ja neid ei ole mitte vähe, — kus kahelda tuleb, kas on kasulik haiget supelusasutusse saata või mitte? Esiteks neurasteenikerid, kelle peale kasulik töö palju paremini mõjuks (Prof. Puusepp'a ütelse järele), teiseks vaesemad inimesed, eriti need, kes kartlikud ja vähe iseenese usaldajad on: nendegi alaline mure, kas ehk kulu ei ole suurem, kui see kasu, mis vannide läbi kätte saadakse, takistab paranemist.

Prof. Zoega paneb lõpuks ette, et sanatooriumi komisjon mitte ei saadaks haigeid enne hariliku vannide arvu kätte saamist ära, ilma läbirääkimistesse astumata nende asutustega, kes neid haigeid sanatoorium'i saatnud on.

Ainult haigete halva ülespidamise puhul võiks sanatooriumi komisjon ilma selleta haigeid välja kirjutada.

Kroonika.

Eesti arstiteaduslised oskussõnad.

Eesti arstiteaduslised oskussõnad pole veel lõpulikult kindlaks kujunenud. 1914 a. ilmus kadunud Dr. H. Niggoli poolt sellekohalise toimkonna kaastöötamisel kokkuseatud „Eesti Arstiteadusline Sõnastik“. Sinna on kogutud Eesti kirjandusest arstiteaduslised oskussõnad. Mitmed sõnad on seal uuesti loodud. Autor on tänuväärt tööd teinud, kuid see töö jääb ikkagi eeltöök.

Tänini puudub rohkesti eestikeelseid arstiteaduslisi oskussõnu, mille ärel suur vajadus on akadeemilise töö juures ülikoolis. Palud olemasolevad eestikeelsed arstiteaduslised oskussõnad pole ühtlased ega täpisead.

Oskussõnade loomine ja kindlaks määramine nõuab keele- ja eriteadlaste ühist tööd.

Tartu Eesti arstide selts, mille ümber on koonenud peaaesjalikult Tartu ülikooli Eesti õpejõud, on valinud oskussõnade-toimkonna, mis juba möödä läinud kevadel oma tööd alustas ja eeltööna terve rea üldisi arstiteaduslisi oskussõnu läbi on kaalunud. Mitmed arstiteadlased ülikooli õpejõudude seast on oma erialadesse puutuvate oskussõnade kallal töötanud. Leitud sõnad tulevad uuesti mitmekordse sõelumise alla.

Oskussõnade-toimkond palub asjast huvitatuid lahkesti teatada toimkonnale igasuguseid parandavaid märkusi olemas olevate eestikeelsete oskussõnade kohta ja uusi eestikeelseid oskussõnu arstiteaduse alalt.

Teateid võib saata Tartu Eesti arstide seltsi oskussõnade-toimkonna nime peale: Tartu, Jakobi tän. 34. A. Valdes.

E. V. ülikooli arstiteaduskonnast.

5-dal novembril s. a. pühitses Montpellier ülikooli arstiteaduskond oma 700-aastast juubeli, millest osavõtma ka Tartu

ülikooli arstiteaduskond oli kutsutud. Viimane otsustas saata meie Pariisi saatkonna kaudu adressi, Eesti ja Prantsuse keeles, mille tekst — dekaani prof. K. Konik'u poolt kokkuseatud — järgmine:

Montpellier ülikooli arstiteaduskonnale.

Haruldase tähtpäeva puhul, mida täna Montpellier arstiteaduskond pühitseb, kumardab aukartuses vanema hallpea venna ees noorem vend, Eesti Vabariigi Tartu ülikooli arstiteaduskond.

Seitse sada aastad on Montpellier arstiteaduskond kuulsuse ja auga teadust teeninud ja heleda tähena paistnud mitte ainult Prantsuse vaid mailma teaduses. Süstemaatilise arstiteaduse rajajana võib jubilaar uhkusega tagasi vaadata minevikku ja pika aja kogemused on pandiks tuleviku tööle.

Tartu ülikooli arstiteaduskond saadab Montpellier arstiteaduskonnale südamlikku tervitust. Elagu jubilaar endiste aastasadade kujul ka tulevikus teaduse ja inimsuse kasuks.

Tartus. 5. XI. 21.

Tartu ülikooli arstiteaduskonna nimel: dekaan.

*

E. V. tervishoiu peavalitsuse ettepanekul harutas teaduskond paaril istungul m a a k o n n a - ja l i n n a a r s t i k u r s u s t e ja e k s a m i t e k a v a, mille eelnõu oli sisseantud peavalitsuse poolt. Selle üksikasjalik läbikaalumine anti eri-kommisjoni hooleks (prof. M. Bresowsky ja A. Rammul, dotsendid C. Schlossmann ja S. Talvik). Lähemal ajal tuleb asi teaduskonna üldkoosolekul lõpuliku otsustamise alla.

*

Hügieena instituudi vanem assistent Dr. m e d. F e h r m a n n on valitud Riia Läti ülikooli hügieene õpetoolile dotsendiks. See oleks esimene õpejõud, keda Tartu Eesti ülikool annab väljamaale.

*

Arstiteaduskond on esinenud Ülikooli valitsusele järgmiste ettepanekutega õpekava muutmise ja täiendamise asjus:

- a) Luua füsioloogilise keemia dotsentuur;
- b) bakterioloogia dotsentuur muuta professoriks;
- c) operatiivse kirurgia dotsentuuri asemel luua operatiivse, üldise kirurgia ja topograafilise anatoomia professor;
- d) luua dotsentuur hambahaiguste ja nende ravitsemise jaoks;
- e) ametisse panna naistekliiniku juures eriteadlane-röntgenoloog vanema assistendi palgaga.

Läinud poolaastal uuesti loodud rohuteaduse dotsentuur sai käesoleval õpeaastal täidetud M a g. p h a r m. H. P a r t s'i läbi.

*

Ülikooli närvikliiniku direktor prof. L. P u u s e p p kavatses väljaandma hakata omal kulul oma ja oma assistentide töid perioodiliselt (2—3 kord aastas) ilmuvate vihkudena (à 5—8 trükipoognat) pealkirja all: „Folia Neuropatologica“. Väljaandja ise oleks toimetajaks, assistent Dr. Lindeberg — sekretäriks. — Tööd ilmuksid Saksa, Prantsuse või Inglise keeles.

*

A r s t i - e k s a m i d tuleval poolaastal algavad 1. veebruaril ja kestavad 10. maini.