



EESTI ARST

ILMUB ÜKS KORD KUUS

EESTI ARSTIDE LIIDU HÄÄLEKANDJANA

No 3.

Tartus, Märts 1922.

I. aastakäik.

I Eesti Arstide Kongress

Tartus, 2—4 dets. 1921 a.

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

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

(Järg).

II Sektsioon: Kliiniline ja eksperimentaalne meditsiin. —

II Section: Médecine clinique et expérimentale.

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

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

11) a) Prof. E. Masing, Dorpat: „Über akute gelbe Leberatrophie“. Kurzer Bericht über 4 Fälle, von denen die beiden ersten typisch akut verliefen, der 3. ein protrahiertes Vorstadium (etwa 1 Monat ohne Icterus, dann 6 Wochen Icterus) hatte, der 4. endlich bei einer Gesamtdauer von nahezu 4 Monaten in Schüben mit freiem Interwall verlief; die Blutuntersuchung im letzten Falle ergab eine Gerinnungsdauer von 25 Min., 435000 Blutplättchen im mm³ u. eine geringe Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten; anatomisch in der Leber schon reichlich Bindegewebe.

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

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

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

J. M. 57 a. n. gest. 18. VI. Sect. 19. VI. 21. Kräftig gebaut, 162 cm. lang. Icterus, Ascites 300 cm.³. Zahlreiche Ecchymosen in Schleim- und serösen Häuten. Herz gross. In der Aortenintima gelbe Flecken. In den Lungen pneumonische Herde. Im Magen schwarzer Inhalt. Leber stark verkleinert, 26×15 $\frac{1}{2}$ ×4 cm. Kapsel leicht gerunzelt, linker Lappen schlaff, gelb, mit rötlichen Partien.

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

Läbirääkimised. Diskussion.

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Missugune on objekti keha kõigis oma avaldusis.

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

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

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

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

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

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

Atroofia põhjusteks peetakse mitmesuguseid asjaolusid.

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

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

Lihase kuivolluse kaotus %.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

Läbirääkimised. Discussion.

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

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

*

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

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

Привожу ниже н'бск. случаев, мною наблюдаемых.

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

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

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

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

Со стороны *status'a praesens* отмечались, вдавление кости в затылочной области черепа, глоточный рефлекс отсутствует, брюшной рефлекс сохранен, справа гипералгезия тела, повышение коленного рефлекса и стойкий клонус, слева полное отсутствие болевой чувствительности, заикание, частая подергивания лицевых и шейных мышц, с. Romberg'a. Со стороны психической сферы гневный аффективный состояния, непродолжительные периодические перемены настроения, раздражительность, склонность к импульсивным действиям, дефекты памяти.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Untersuchungen wurden im Physiologischen Institut der Universität Dorpat ausgeführt.

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

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

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

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

Folgt Demonstration einer Reihe von Zeichnungen, nebst erläuternden Bemerkungen.

Kell 1.05 min. 1., pääle selle kui päevakord tervelt läbi võetud, lõpetas aujuhataja prof. T. Laitinen koosoleku, tänades kõnelejaid huvitavate ettekannete eest. (Järgneb)

Kõhutõve taud Eestis ja võitlus selle vastu.

Dr. med. K. Schlossmann.

Ülikooli bakterioloogia kabineti juhataja.

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

(Järg.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pärnu maak. registreeriti	46,	suri	5,	surevus	10,8 ⁰ / ₀
Tartu	„	„	17	„	17,7 ⁰ / ₀
Viljandi	„	„	5	„	17,8 ⁰ / ₀
Tallinnas	„	„	19	„	17,9 ⁰ / ₀
Kodaveres	„	„	8	„	18,1 ⁰ / ₀
Vigalas	„	„	38	„	19,8 ⁰ / ₀
Lääne maak.	„	„	103	„	21,3 ⁰ / ₀
Saaremaal	„	„	16	„	26,2 ⁰ / ₀
Tartus	„	„	6	„	28,5 ⁰ / ₀

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

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

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

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

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

Suurt surevust silmas pidades võib oletada, et haigusidud, mis olid Eestis kõhutõve taudide põhjuseks, suurt virulentsi avaldasid. Nagu paljud uurijad tõendavad, on surevus kõige suurem nende kõhutõve taudide juures, mida tekitab Shiga-Kruse batsillide tüüp. Galli-Valério, Ruffer, Vilmar, Lentz leidsid, et sarnaste kõhutõve epideemiade juures surevusprotsent kergematel kordadel 10—20⁰/₀ vahel kõigub, sagedasti 30—35⁰/₀ ulatab ja üksikutel kordadel 50⁰/₀ võib olla. Flexneri, Strongi ja Hiss Y batsilluste tüüp sünnitab kõhutõve, kus surevus 5—10⁰/₀ vahel.

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

Lapsed kuni 10 aastani,	surevus	35—42 ⁰ / ₀ ;
10—20	„	10—12 ⁰ / ₀
20—40	„	5—7 ⁰ / ₀
40—60	„	23—26 ⁰ / ₀
üle 60	„	33—35 ⁰ / ₀ .

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Salatid	93 ^o / _o
redised	90 ^o / _o
metsmaasikad	73 ^o / _o
aiamaasikad	83 ^o / _o
karumarjad	65 ^o / _o
punased sõstrad	52 ^o / _o
õunad	72 ^o / _o

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

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

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

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

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

(Järgneb).

(Tartu Ülikooli Närvikliinikust. Direktor Prof. L. P u u s e p p.)

Tagajärjerkas ravitsemine kahel tetanus'e juhtumisel seerumi pritsimise läbi subarahnoidaalruumi.

Assistent Dr. Peterhof.

(Peterhof: Erfolgreiche Behandlung zweier Tetanusfälle mit subarahnoidalen Seruminjektionen.)

Tetanus kuulub nende raskete haiguste hulka, mille arstimisel seni ajani puuduvad veel kindlad ravitsemise abinõud. Haiguse sünnitaja ülesleidmisega Nicolaieri poolt 1884 aastal, võeti tarvitusele spetsiifiline arstimine antitoksiiniga subkutaan pritsimiste näol, kuid arstimise resultaadid ei olnud kuigi hiilgavad. Spetsiifilise arstimise tagajärjetus seletati Meyeri poolt sellega, et tetanuse mürk ei tungi keskergukavasse veresoonte ehk mahlateede kaudu, vaid närviharusid mööda.

Selle tõttu ei kohta naha alla pritsitud antitoksiin oma tee pääl toksiooni, mille neutraliseerimiseks ta organismi viidud. Eelnimetatud põhjusel soovitati viia antitoksiini närviharudesse, seljaüdikanaali ja ka ajukülje-koobastesse.

Viimane meetod antitoksiini keskergukavasse sisseviimises, võeti laial ulatusel tarvitusele Saksa autorite, iseäranis Betz'i poolt ilmasõjas ja nähtava eduga. Operatsiooni pääsisu seisis järgmises: Üldise narkoosi all tehti naha läbilõige keskjoonest 3 tsentim. küljepoole ja umbes 3 tsentim. eespool sulcus praecentralis't. Siin kohal päälusse väikest avaust puurides paljastati pääaju kõvakest. Nüüd pandi sile peenike kannüül sisse, natuke sihti keskkohta poole hoides, umbes 5 tsentimeetri sügavusse. Niisugusel teel on võimalik küljekoopasse pääseda. Nüüd asetakse kaanüüli otsa Rekord-prits, aeglaselt tõmmatakse mõni cm. vedelikku välja ja selle läbi kindlusele jõudes, et kanüül tõesti küljekoopas asetub, pannakse temale otsa teine prits, mis antitoksiini sisaldab ja tühjendakse pikkamisi küljekoopasse. Niisugune verine seerumi sisseviimise meetod ei leidnud palju poolehoidjaid, sest ta ei ole päris hädaohuta. On kirjeldatud mitte vähe juhtumisi, kus selle meetodi tarvitusel suuri veresooni vigastati ja pärast tekkisid abstsessid. Ravitsemine mõttes ei anna ta aga paremaid tagajärgi kui pritsimised subarahnoidaalruumi. Meie kahel juhtumisel, mida arstite seerumi pritsimiste läbi subarahnoidaalruumi, tegime kõige päält lumbaalpunktsiooni Quinke järele. Kui seljaüdivedeliku rõhumine selle juures normaalsest kõrgem juhtus olema, laskime seda välja jooksta kuni normini ja pritsisime Rekord-pritsiga 1500—2000 antitoksiini üksust subarahnoidaalruumi. Arvesse võttes aga, et sarnastel pritsimistel mitte alati hääd tagajärjed ei olnud,

lugesime küllalt tähtsaks ka medikamentlist ravitsemist. Üldse peab tunnistama, et üksi spetsiifilise arstimise päale toetada veel ei või. Sellepärast tarvitakse peaaegu kõikide poolt kombineeritud arstimist — spetsiifiline koos medikamentlisega. Luban enesele sugu peatada kõige rohkem tarvitusel olevate medikamentliste arstimisviiside juures. Kaunis laialt ja hääde resultaatega, iseäranis Itaalias, ravitsetakse tetanust 3% karbolhappe nahaaluste pritsimiste läbi, missugune meetod 1888 aastal üles võeti prof. Baccelli poolt. Viimane soovib tarvitada suuri doose, nii et öö-päeva jooksul 0,3—0,6 puhast phenooli organismi sisse viidakse. Niisuguseid pritsimisi jätkatakse kuni kõik haiguslised nähtused täielikult on kadunud. Ainult teravalt tuleb silmas pidada neerusid. Saksa autorite poolt on kiidetud 2—3% magnesiumi sulfuri sulatise pritsimised tõmbsoontesse 100—200 ccm. korraga. Mgn. sulf. paraliseerib vöödiliste lihaste erguotsad curare-sarnaselt. Iseenesest on arusaadav, et nende pritsimistega tahetakse ainult kõrvaldada haiguse sümptome, nimelt krampe. Kuid mgn. sulfur. võib kergesti hingamise keskohta halvata, sellepärast oleks küll parem teda täiesti kõrvale jätta ja selle asemel ammu proovitud abinõu — kloraal-hüdraat — tarvitusele võtta, mis ka krampe kõrvaldab. Arvesse võttes kõike seda, ravitsesime meie omi haigeid seerumi subarahnoidaalruumi pritsimiste kõrval veel kloraal-hüdraadi klismadega. Ma ei hakka kõiki krampe kõrvaldavaid abinõusid, mis tetanus'e juures tarvitusel, üles lugema ja lähen nüüd meie juhtumiste kirjeldusele üle.

I juhtumine. Sadulsepp P. 43 a. vana. Kliiniku tuli 13. IV. 1921 a. Varem ei ole haige olnud. Ühtegi haava ega kriimustust enesel viimasel ajal ei mäleta. 10 päeva tagasi hakkasid haigel salvamislihaste kokkukiskumised, mis iga päevaga suurenesid. Mõni päev tagasi ilmusid ka kaelalihaste kokkukiskumised ja kõhulihaksed muutusid vahel kõvaks. Need haiguslised nähtused kõvenesid iga päevaga, haigel oli suu niivõrd kinni pigistud, et kõva toitu enam süüa ei saanud, missugune asjaolu kliinikusse astumise põhjuseks oli.

St. praesens. T⁰—38,0 puls 88. Haige on voodis passiiv olekus, igasugune katse liigutada kutsub krambid välja. Tugev trismus, hammaste vahele on raske pliiatsit panna, opisthotonus. Keha ja kõhu lihaksed on kõvasti pingul. Haige järelvaatamisel ilmuvad üldised krambid.

Haiguse käik ja arstimine.

Seerumi puudusel sai haigele alguses määratud kloraal-hüdraadi klismad 2,0:200,0 — 5 korda öö-päeva jooksul.

14. IV. Haigele pritsiti 1500 üksust seerumi tuharate lihastesse.

15. IV. Haige seisukord halvenenud.

1500 üksust seerumi subarahnoidaalruumi.

16. IV. Haige seisukord teravalt paranenud. Üldised krambid harvem. Suu niivõrd lahti, et sörm vabalt hammaste vahele läheb. 1500 üksust seerumi intramuskulaar.

17. IV. Öhtuks haigel uuesti üldised krambid kõvenenud, trismus suurem. Uuesti 1500 üksust seerumi subarahnoidaal-ruumi sisse viidud.

18. IV. Trismus vähem. Haige avab pooliti suud. Üldised krambid harvem.

20. IV. Kolmas kord 1500 üksust seerumi subarahnoidaal-ruumi.

22. IV. Üldised krampid ainult 2 korda öö-päeva jooksul. Kaela ja kõhu lihaksed veel kõvasti pingul. Suud avab veel paremini.
 24. IV. Neljas kord 1500 üksust subarahnoidaal-ruumi.
 26. IV. Üldisi krampe ei ole. Opisthotonus nõrgalt väljendud.
 28. IV. Viies kord 1500 üksust subarahnoidaal-ruumi.
 1. V. Haige võib istuda. Vabalt avab suud. Tunda veel kaela ja kõhu lihaste kangestust.
 Seerumi tarvitamine jäi ära. Edasi sai haige ainult kloraalhüdraadi klismasid, $3 \times$ öö-päeva jooksul.
 8. V. Haige käib. Tunneb end hästi, krampe ei ole, kõhu lihaksed veel sugu pingul. Kloraal-hüdraadi klismad ära jäetud.
 21. V. Haige lahkub kliinikust tervena.

Haiguse käigust on näha, et seerumi lihastesse pritsimisel ei olnud mingit mõju, kuna juba päale esimest pritsimist subarahnoidaal-ruumi kõik haiguse nähtused teravalt paranesid. Kahepäevane vabe subarahnoidaalruumi pritsimises kutsus esile tuntava halvenemise haige seisukorras. Uus subarahnoidaalruumi pritsimine parandas kõik haiguslised nähtused. Need andmed räägivad küllalt selgelt, et kättesaadud edu seerumist ja ainult subarahnoidaalruumi pritsimisest oli tingitud.

II juhtumine Anamnees. Haige S. 8 aastat vana. Kliiniku paigutati 10. VII. 1921. 2 nädalat tagasi astus haige aias kõndides roostetanud naela otsa, mida ise välja tõmbas. Vanemad määrisid haava joodiga. 8 päeva hiljem ilmusid haigel valud rinna lehe all ja takistused suu avamisel. Iga päevaga kõvenes suu kokkutõmbamine ja 12-dal haiguse päeval algas pää taha-poolse kiskumine. 14. päeval ilmusid üldised krampid ja haige toodi kliiniku.

St. praesens. T^o 37,4. P. 102. Haige järelvaatamisel käivad kõik aeg üldised krampid, ajutise hingamise seisakuga. Haige nutab ja kaebab valude üle terves kehas. Tugev trismus ja opisthotonus. Lumbaalpunktsioon teatud rõhumine kõrgendatud. Cerebro-spinaalvedelik läbipaistev. 500 üksust seerumi subarahnoidaalruumi pritsitud ja 1000 üksust vigastud jala lihastesse.

11. VII. Teine seerumi pritsimine. Doosid samad kui esimeselgi korral.
 12. VII. Haige seisukord parem. 5,0 Kloraalhüdraati päevas klismade näol.
 13. VII. Kolmas pritsimine. Öhtul suurenevad krampide hood, öösel iga 15 minuti järele.
 14. VII. Neljas pritsimine — nagu varem. Päale seda on 8 tunni jooksul krampide hoogusid vähem.
 15. VII. 5-es pritsimine.
 16. VII. 6-es pritsimine. Üldisi krampe vähem. Haige avab suu sõrme läbimõõdu laiselt. Opisthotonus vähem.
 17. VII. 7-es pritsimine. Lihaste kangestus palju vähem. Öösel magas rahulikult. Olid üksikud hood, kuid niivõrd nõrgad, et haige ei ärkanud.
 19. VII. Haige avab pooleni suud. Üldiseid krampe ei ole. 8-sas anti-toksiini pritsimine.
 20. VII. Pritsimised ära jäetud. Haige tunneb end hästi. Hingamine kerge. Trismus nõrgalt tunda. Kõhu ja kaela lihaste rigiditas püsib veel.

Nii saime meie kombineeritud arstimise abil ka teisel juhtumisel täielist paranemist, ehk küll kõik haiguslised nähtused palju teravamalt väljendud olid.

Kui nõus olla nende autorite arvamisega, kes tõendavad, et antitoksiin ei saa neutraliseeri seda tetanuse mürki, mis juba kindlasti seljaüdi halli ainega end sidunud ja sellega seljaüdi ja perifeeriliste erkude funktsioone rikkunud, võime meie siiski

antitoksiini sissepritsimisega uuesti juurdetulnud mürgi mõju paraliseeri.

Medikamentöös arstimine on ainult abiks võitluses haiguse sümptomide vastu ja mingisuguse toksiinide neutraliseeriva mõju pääle siin loota ei tohi.

Ettekantust on selge, et paremaks arstimise meetodiks tetanuse juures on kombineeritud arstimine.

Kui meie viimaseid andmeid jälgime literatuuris, siis jõuame otsusele, et nad meie kogemustele vastavad. Nii kirjeldavad Etienne ja Benech 20 tetanuse juhtumist, mida hää tagajärjega seerumi ja kloraalhüdraadiga arstiti. Need autorid kinnitavad, et haiget on võimalik kombineeritud ravitsemismetoodiga päästa, kui ta 48 tundi pääle esimest pritsimist veel elus on. Nicolle ja Mathias soovivad ka tetanuse juures seerumi närvihaarudesse ehk subarachnoidaalruumi viia, naha alla pritsides aga ainult profülaktiliselt tarvitada.

Carey, Robert, Flemming ja teised kirjeldavad hulk juhtumisi, kus nad kolossaalseid doose seerumi sisse pritsisid ja kõigil juhtumistel hää resultaadiga. Nimetud literatuuri andmed tõendavad ka omalt poolt, et see eitav vaade seerumiga arstimise pääle tetanuse juures, mis juba 1900 aastast kestab, praegusel ajal järsult lootusrikkamaks muutunud on, suuri seerumi doose tarvitades ja seljaüdi kanaalidesse ehk erguharudesse seda pritsides.

Resumé.

Autor führt 2 Fälle von Tetanus an, welche behandelt wurden mit subarachnoidalen Injectionen von Antitetanusserum, kombiniert mit Chloralhydrat-Klistieren. Im ersten Falle wurde Antitoxin täglich (im ganzen 8 Injectionen) verabfolgt, im anderen 5 mal, je über den Tag. In beiden Fällen völlige Genesung. Autor kommt zum Schluss, dass eine solche kombinierte Behandlung bei Tetanus die erfolgreichste ist.

Dr. Guido v. Samson-Himmelstiern,

erster Professor der Staatsarzneykunde an der Universität Dorpat.

Dr. med. S. Talwik

Direktor des gerichtlich-medizinischen Instituts der Universität Tartu-Dorpat.

(Schluss.)

Die gerichtärztliche praktische Lehrtätigkeit in Dorpat beschränkte sich zu Prof. v. Samson's Zeiten nicht allein auf das Sektionsmaterial, wie heutzutage fast ausschliesslich, sondern sie umfasste auch gerichtärztliche Untersuchungen an Lebenden, sowie an leblosen Gegenständen.

Was insbesondere die ersteren anbelangt, so geschahen

dieselben, ähnlich wie die Leichensektionen, in Anwesenheit der zur Untersuchung verpflichteter offizieller Personen, das Gutachten aber wurde, unabhängig von dem offiziellen Resultate, mit den Zuhörern besprochen, auf die Methode der Untersuchung, die bezüglichlichen Gesetzesvorschriften und das medizinisch Wichtige aufmerksam gemacht.

In der Kasuistik der entsprechenden Untersuchungen spiegeln sich die damaligen Verhältnisse. Es kamen zur Untersuchung einmal „zu Körperstrafen verurteilte Individuen (mit oder ohne nachfolgende Verschickung nach Sibirien) bei welchen vorübergehende krankhafte Körperzustände oder Schwangerschaft oder Säugegeschäft einen Aufschub der Strafvollziehung, — unheilbare Krankheiten aber, bei denen die Körperstrafe nicht ohne Gefahr für das Leben vollzogen werden konnte — eine Strafverwandlung veranlassen konnten“.

Des weiteren kamen häufig vor Untersuchungen wegen simulierter und provozierter Krankheiten, besonders an den dem Hospital zur Beobachtung überwiesenen Rekruten. Am häufigsten wurden beobachtet „künstliche Ohrenentzündungen und Ohrenflüsse, durch in den Gehörgang gebrachte Stücke Canthariden - Pflasters, Scheidewasser, Vitriolöl, Kupfervitriol, mechanische Verletzung u. dgl. hervorgebracht, ferner Augenentzündungen, durch Kalk, Kupfervitriol und mechanische Insultation, Geschwüre an verschiedenen, oft sehr ungewöhnlichen Körperstellen — durch Aetzkalk, Vitriolöl, absichtliche Verletzung oder Unterhalten bestehender Geschwüre durch Reiben, Aufstreuen von Kochsalz usw., in einem Fall durch in den Mastdarm gebrachte Zwiebel provozierter Prolapsus ani; auch Fieber und in einem Fall Convulsionen wurden mit grosser Kunst nachgeahmt“.

Sodann wurde die Rekruten-Empfangskommission einige mal jährlich mit den Zuhörern besucht, um die angehenden Ärzte mit dem Empfange und der Untersuchung der Rekruten praktisch bekannt zu machen und die hierbei gültigen gesetzlichen Vorschriften praktisch zu üben und zu erläutern.

Endlich wurde teilgenommen an der Untersuchung dienender Militärpersonen niederen Ranges, die wegen Gebrechen und Krankheiten, nach den speziellen Bestimmungen des Militärgesetzbuches, in den Stand der Invaliden und Halbinvaliden versetzt wurden, um die Zuhörer praktisch einzuführen

in die Modalität solcher mit grosser Verantwortlichkeit verknüpften Besichtigungen.

Was die medizinisch-forensischen Untersuchungen an **leblosen Gegenständen** anbelangt, so wurde zu Anfang des Jahres 1847 mit einem Kursus über die Anwendung der mikroskopischen und chemischen Analyse in der gerichtlichen Medizin und medizinischen Polizei begonnen, den Privatdozent Dr. Schmidt eröffnete.

Endlich wurden zum praktischen Unterricht hinzugezogen noch **schriftliche Bearbeitungen** gerichtlich-medizinischer Fragen, welche von dem gleichzeitig unter Leitung des Professors des Kriminalrechts bestehenden kriminalistischen Praktikum an das medizinisch-forensische gerichtet wurden, mit Benutzung von Kriminal-Akten aus älterer und neuerer Zeit, um auf diese Weise die Zuhörer mit dem Geschäfts- und Kanzleiwesen und dem Aktenstudium bekannt zu machen. Es wurden daraufhin Gutachten und Obergutachten verfasst, bei der Besprechung vorliegender Fälle die bezüglichen gerichtsarztlichen Fragen erläutert, Collarfälle aus der Litteratur benutzt, mit Berücksichtigung der einheimischen rechtlichen Bestimmungen, anknüpfend an einen, wenn auch fingierten, konkreten Rechtsfall.

*

Es mögen noch einige kurze Bemerkungen über die übrigen Schriften Prof. v. Samsons sowie derjenigen seiner Schüler folgen:

1) Разборъ сочиненія г-на Н. Пирогова подъ заглавіемъ: Патологическая анатомія азіатской холеры, изъ наблюденій надъ эпидеміей, господствовавшюю въ Россіи 1848 году. (Referat über den Aufsatz N. Pirogoff's ü. d. pathologische Anatomie der asiat. Cholera) St. Petersburg 1853.

Diese kritische Rezension bringt zuerst eine erschöpfende Inhaltsübersicht der Arbeit Pirogoff's, der auf Grundlage von 400 Sektionen von Choleraleichen eine musterhafte Schilderung pathologisch-anatomischer Erscheinungen der Cholera an verschiedenen Organen des menschlichen Körpers bietet, des weiteren vom Standpunkte der pathologischen Anatomie und Histologie den Krankheitsprozess selbst einheitlich zu erklären sucht, endlich bei der mikroskopischen Untersuchung der Darmausscheidungen Cholerakranker u. a. auf „наливчатыя животныя (монады и vibriones)“ gestossen ist, somit wohl auch den um 35 Jahre später entdeckten vibrio cholerae bereits gesehen hat. Prof. v. Samson, als überzeugter Humoralpathologe, stellt sich nun bei der Würdigung der vorliegenden Arbeit kühn auf den pathologisch-anatomischen Standpunkt des Verfassers „da letzterer

hier die am meist befriedigende Lösung der Aufgabe verspricht, indem die Krasenlehre zugegebenermassen die Erscheinungen der Cholera im vollen Umfange zu erklären nicht imstande ist“.

2) Beitrag zur Casuistik tödtlicher Verletzungen an „verborgenen“ Körperstellen (Sep.-Abdr. aus „Petersb. Medizin. Zeitschr.“ 1862). Nach allgemein einleitenden kasuistischen Bemerkungen beschreibt Verf. einen merkwürdigen Fall von Mastdarmverletzungen mit tödtlichem Ausgange durch Eintreiben von Eiszapfen in den Mastdarm eines Schwerbetrunkenen, in der mutwilligen Absicht ihm den Rausch zu vertreiben (vgl. oben S. 114).

3) Beitrag zur Geschichte der Irrenfürsorge in Russland. Ibid. 1865. Heft 7/8.

Der Artikel bringt interessante Aufschlüsse über die Vorgeschichte der psychiatrischen Universitätsklinik zu Dorpat, welche in der Form einer „Zentral-irrenanstalt“ mit etwa 150 Betten¹⁾ für die ehem. 3 Ostseeprovinzen, — zugleich als eine klinische Lehranstalt geplant — auf dem an das Dorpater Stadtgebiet angrenzende Domänegut Marienhof errichtet werden sollte, über welchen Projekt im J. 1861 ein Fakultätsgutachten von der Regierung eingefordert wurde. — Prof. v. Samson berichtet nun eingehend über den letzten, von der Fakultät „mit Freude und Liebe“ erledigten Auftrag, über dessen weiteren Fortgang oder Erfolg jedoch nichts bekannt geworden ist.

4) О судебно-медицинской задачѣ при изслѣдованіи тѣлесныхъ поврежденій, по нынѣ дѣйствующимъ русскимъ законамъ. Архивъ Судебн. Медицины и Обществ. Гигіены. 1863, III (сентябрь).

Mit der Gewandtheit und Erudition eines juristisch vorgebildeten und vielerfahrenen Gerichtsarztes definiert Autor neben den körperlichen Verletzungen im juridischen Sinne noch solche, die von eigener Hand, aus Unachtsamkeit oder zufällig, zugefügt sind, die keineswegs als Verletzungen im ersteren Sinne angesprochen werden können, ebensowenig wie die — damals noch übliche — körperliche Züchtigung, wobei allerdings betont wird, dass ein Übermass davon zu Klagen Anlass geben kann, wenn durch die Körperstrafe die Gesundheit des Bestraften wirklich Einbusse erlitten, was nicht in den Zwecken der Körperstrafe liegt und liegen darf, insbesondere der leichteren.

Endlich sind unter der Anleitung Prof. v. Samson's folgende Dissertationen geschrieben worden:

1. Friedericus Wulff: Nonnulla de cordis pondere ac dimensionibus, imprimis ostiorum etc. valvularum atrio-ventricularium ratione habita. Dorpati. MDCCCLVI.

2. Joannes Henricus Falck: De hominis mammaliumque domesticorum pilis, medicinae legalis ratione habita. Dorpati. MDCCCLVI.

1) „Das würde bei einer Irrenzahl von 1400 Individuen im Lande und einer Einwohnerzahl von $1\frac{1}{2}$ Millionen kaum einen Platz auf 10.000 Einwohner abgeben, während in den deutschen Staaten, die am besten für ihre Irren gesorgt haben — im Grossherzogtum Baden und dem Königreich Sachsen — je ein Platz auf 1400 resp. 1640 Einwohner kam.“ (v. Samson.)

3. Aemilius Claus: De quibusdam mortis repent. speciebus, medicinae forensis ratione habita. Dorpati. MDCCCLVI.

4. Carolus de Schroeder: De rupturarum conditionibus quibusdam subtilioribus. Dissertatio medico-forensis. Dorpati Livonorum. MDCCCXLVII.

5. Aemilius Straus: De claviculae percussione. Dorpati. MDCCCLVII.

6. L. Suczniewsky: De venenis, praesertim cantharidino, strichnino, atropino post intoxicationes in sanguine reperiendis. Dorpati. MDCCCLVIII.

*

Aus dem Lebenslauf Prof. v. Samson's wäre hervorzuheben, dass er im J. 1855 zum Dekan der medizinischen Fakultät und im J. 1865 zum Rector magnificus gewählt wurde, was von dem hohen Ansehen zeugt, den er bei seinen Fakultätsgegnossen und beim ganzen Professorenkollegium genoss. Persönlich scheint er dem liberalen Litteratenkreise nahegestanden zu haben, dem Dr. Faehlmann, Dr. Bertram-Schulz u. a. angehörten. Auf einem in der Gelehrten Estn. Gesellschaft aufbewahrten Hefte seiner „Mitteilungen“ findet sich mit der zierlichen Handschrift Samsons die Widmung „Herrn Dr. Schultz in Erinnerung an gemeinsame Erlebnisse G. v. S.“ — Ludwig Schwabe, von 1864 bis 1872 Professor der klassischen Philologie in Dorpat, später in Tübingen, äussert sich über Prof. v. Samson folgendermassen*:

„Wer in Dorpat Beziehungen zum landsässigen Adel hatte, der konnte auch dessen Gastfreundschaft geniessen. In Dorpat war damals ein Professor der gerichtlichen Medizin, Guido von Samson-Himmelstjern, ein älterer Herr in den Sechzigern, ein ernster, ruhiger Mann von grösster Herzensgüte. Er kam mir, dem so viel jüngeren, mit warmer Freundlichkeit entgegen, so dass sich bald zwischen uns ein näherer Verkehr einstellte, der dadurch erleichtert wurde, dass Samsons Frau eine Ausländerin war, eine Geborene v. Welz aus Würzburg, wo sie ihr späterer Gemahl einst als Student hatte kennen lernen. Samson hatte ein Gut, namens Rauge, im Besitz, das südlich von Dorpat in der Nähe des Städtchens Werro lag. Dort brachten Samsons ihre Ferien zu und sie luden mich wiederholt so dringend dahin ein, dass ich mehrmals ihre Gastfreundschaft geniessen habe — zu meinem allergrössten Behagen! — Die Gegend ist von schönen Seen belebt: auf dem Raugeschen Gebiet sind allein derer sieben. So ist Rauge ein reizender Sommeraufenthalt. — Da findet man einheimische und ausländische Zeitungen, technische, wissenschaftliche, unterhaltende, deutsche, französische, englische Zeitschriften. Da fehlt nicht ein guter Flügel und es wird gute Hausmusik gemacht, wozu die Familienglieder, jedes nach Lust und Vermögen beisteuern. Neben dem Verkehr mit dem alten Herrn und der Herrin des Hauses freute ich mich des näheren Umganges mit deren Sohn Oskar, der mir ein lieber, treuer Freund geworden

*) L. Schwabe: Dorpat vor 50 Jahren. Leipzig 1915.

ist. Mit ihm unternahm ich die Streifen und Fahrten in die Umgegend, liess mich über die mir ganz fremden landwirtschaftlichen, bäuerlichen Verhältnisse belehren und in das geschichtliche Werden des damaligen Rechts- oder Unrechtszustandes einweihen.“

Prof. v. Samsons ruhig-objektive und humane Denkungsart erweist sich zu Genüge in den wenigen Stellen seiner Schriften, wo er überhaupt — zurückhaltend wie er war — seine persönliche Stellungnahme äusserte¹⁾. Es spricht daraus ein warmes Mitempfinden mit der traurigen und bedrückten Lage des estnischen Bauern, der seit 1819 allerdings seine persönliche Freizügigkeit in gewissen Grenzen geniessend, dabei aber, ohne eigenen Landbesitz, rückhaltlos der Willkür des adeligen Gutsbesitzers ausgeliefert war, der, auf russische Bajonette sich stützend, durchweg — Ausnahmen bestätigen die Regel — ein Regiment rücksichtslosester Ausbeutung und roher Gewalt, mit Stock und Spitzrutten, übte²⁾.

Umsomehr verdient es hervorgehoben zu werden, dass Prof. v. Samson, selbst einem alten livländischen Adelsgeschlechte angehörig und selbst Gutsbesitzer, in diesenselben unterdrückten und missachteten Bauern den Menschen schätzte, insbesondere von den Ärzten verlangte, sie sollten vertraut sein „mit den psychischen und somatischen Eigentümlichkeiten der Bevölkerung in dessen Mitte und für welche sie wirken“, sowie mit den Landessprachen*).

In seiner Person hat Prof. v. Samson alle diese Eigenschaften vereinigt und das befähigte ihn auch tatsächlich für das Volk zu wirken, soviel das seine exponierte Stellung als Hochschullehrer zulies, zumal damals, wo die Hochschule noch so gut wie gar keine Beziehungen pflegte zu dem estnischen Volke, in

1) Ein kleiner Auszug ist in der Anmerkung, Seite 113, mitgeteilt.

2) Vgl. auch G. E. Luiga: Die Agrarreform in Eesti, ihr Werdegang und ihr Wesen. Helsingfors 1920 und M. J. Eisen: Eestimaa ajalugu. Tartu, 1920: „Öfters hat die russische Militärobrigade es recht ungern getan. So hat in Heiligensee, wo die Bauern sich gegen den unmenschlichen Druck aufgelehnt hatten und 42 derselben (Dez. 1841) mit je 500 Stockhieben bestraft werden sollten, der Hauptmann den Soldaten gesagt, dass sie ja nicht kräftig schlagen dürften, weil die Menschen ja nichts Böses getan hätten. Und als er nach der Execution ins Schloss zum Mittagessen gebeten wurde, lehnte er schroff ab und verbot auch den Soldaten etwas anzunehmen, weil das alles vom unschuldigen Blut triefe.“ (Luiga, Eisen.)

*) Beitr. zur Geschichte d. Irrenfürsorge in Russland.

dessen Mitte sie wirkte. Seiner — obgleich fruchtlosen — Bemühungen um die Errichtung einer Zentralirrenanstalt bei Dorpat ist bereits gedacht worden. Zwecks einer ins Werk zu setzenden Blindenfürsorge organisierte er, gemeinsam mit dem Ophtalmologen G. v. Oettingen, von 1856—1859 eine allgemeine Blinden-enquête im damaligen Livland *). Die grossen



Ehem. Stadt-(Kreis-)Hospital zu Dorpat, die Stätte der Wirksamkeit Prof. v. Samson's.

Mängel der Krankenfürsorge im Lande hat er vielfach betont und denselben, soweit es an ihm lag, Abhilfe zu schaffen versucht, indem er, als Direktor der Universitätsabteilung des Kreis-(Stadt-)Hospital, weit über das von ihm geforderte Mass leistete: statt sich darauf zu beschränken den auf Kosten der Krone Studierenden das Formale des Hospitaldienstes beizubringen, hat Prof. v. Samson die klinische Leitung dieser

*) Vgl. den Kongressvortrag von Prof. E. Blessig im vorig. Hefte, p. 81.

Abteilung mit Eifer und Liebe bis zu seinem Tode geführt, nicht nur um die klinische Ausbildung seiner Schüler zu fördern, gewiss auch zum Segen zahlreicher Kranker aus dem Volke. Beklagt hat er es, dass gerade den vielen Dürftigsten derselben, die in den klinischen Anstalten der Universität keinen Platz finden konnten, der Eintritt ins Kreishospital, der Kosten wegen, unerschwinglich war. „Die in dem allgemeinen Reglement für die Krankenhäuser der Collegien der allgemeinen Fürsorge l. c. p. 13 ff. enthaltene Bestimmung, dass dürftige Kranke gegen eine mässige Zahlung oder gratis, auf Kosten des resp. Collegiums, behandelt werden sollen, scheint für das Hospital quaest. nicht in Anwendung zu kommen“, bemerkt Professor v. Samson bitter¹⁾.

Wenn seine menschenfreundlichen Bestrebungen so wenig Wiederhall fanden, so lag das vornehmlich an der absoluten Verständnislosigkeit der damals herrschenden adligen Oberschicht für Volkswohlfahrt. Auch war Prof. v. Samson keine Kämpfernatur, in der Art eines Hamilkar v. Fölkersahm, um seinen Ideen Beachtung zu erzwingen. Es gereicht ihm aber allenfalls zur Ehre seine Aufgabe, als Professor der Staatsarzneikunde, in einem für damalige Zeit so weitem Umfange erfasst zu haben.

Weit grösser sind seine Erfolge als Lehrer der gerichtlichen Medizin.

Unerlöschliche Verdienste um den Unterricht derselben in Dorpat hat er sich erworben, indem er es durchsetzte, dass das gesamte gerichts- und polizeiärztliche Obduktionsmaterial aus der Stadt und dem Kreise Dorpat (für die Stadt war es ohnehin üblich) dem gerichtsarztlichen Lehrstuhle hierselbst überwiesen wurde, eine Verordnung, die auf sein Betreiben im J. 1859 in dem Reichs-Gesetzbuche Bd. XIII festgelegt worden ist und noch heutzutage gilt, womit genanntem Lehrstuhle eine relativ genügende Anzahl von Leichen zu Unterrichtszwecken gesichert ist.

1) Vgl. „Mitteilungen etc.“, Übersicht des Jahres 1846, p. 5 u. 7. — Seine eigenen Standesgenossen — Deputierte des Adels — waren es, die in dem genannten Collegium eine massgebende Rolle spielten. Wie weit diese sich für die ihnen obliegende allgemeine Krankenfürsorge interessierten, lehrt auch die Tatsache, dass „ein in den Jahren 1833 und 1836 gefasster Plan, nach welchem die Güterbesitzer im Umkreise der Stadt Dorpat sich durch Abonnement auf Plätze in dem Hospital für ihre Bauern, Dienstboten usw. an demselben beteiligen wollten“, nicht zur Ausführung gekommen ist (v. S a m s o n).

Von grossem Interesse ist der von ihm bewirkte Ausbau des gerichtsarztlichen Unterrichts, in welche er mit einbegriffen hat auch verschiedene, für angehende Ärzte praktisch ausserordentlich wichtige Untersuchungen an Lebenden: Untersuchung der Rekruten in Wehrpflichtskommissionen, Begutachtung solcher, die wegen vermuteter Simulation krankhafter Zustände zurückgestellt waren, ferner der aus dem Heeresverbande zu entlassender Invaliden und Halbinvaliden, sowie verschiedene gerichts- u. polizeiärztlicher Prüfungen fraglicher Seelenzustände, vor Unfall- und Verletzungsfolgen usw., ein weites Tätigkeitsfeld, das gegenwärtig leider ganz in Wegfall gekommen ist. Auch hat er schon damals, trotz äusserst dürftiger wissenschaftlicher Hilfsmittel, chemische und mikroskopische gerichtsärztliche Untersuchungen im Praktikum für seine Zuhörer veranlasst und gemeinsam mit den Juristen kriminalistisch-forensische Praktika durchgeführt, zwecks Übung im Zusammenarbeiten der Mediziner und Juristen, eine Veranstaltung von der man wiederum leider abgekommen ist.

Was Prof. v. Samson für die medizinische Wissenschaft bedeutet, insbesondere für die gerichtliche Medizin, hat für die gegenwärtige Forschung allerdings einen mehr historischen Wert. Im Rahmen seiner Zeit betrachtet, steht er da als einer der vielen eifrigen und klarblickenden wissenschaftlichen Vorgänger der Pasteur-Virchow'schen Aera, ohne deren stille, gründliche Vorarbeit der glänzende Siegeszug der ersteren kaum denkbar wäre. Kühn hat er sich auf den, seinen eingewurzelten humoralpathologischen Anschauungen gegensätzlichen, pathologisch-anatomischen Standpunkt der Neuerer gestellt, wo er einsah, dass letzterer „die am meist befriedigende Lösung der Aufgabe“ versprach. Auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin, deren vornehmlich von zeitgenössischen französischen Forschern inaugurierten Aufstieg er noch erlebt hat, sowie auf verschiedenen medizinischen Grenzgebieten war er ausserordentlich belesen. Neben den Deutschen Hencke, Liman, Casper, Virchow, Rockitansky, u. a. sind es die Franzosen Olivier, Orfila, Devergie, Tardieu, Plouquet, Guy, Lesueur, die Engländer Beck, Davy, Ogston, Taylor u. a. deren Arbeiten er vielfach im Originale citierte u. deren Angaben er seinerseits wiederum sowohl kasuistisch erweitert, wie teils auch experimentell nachgeprüft hat. Insbesondere die „Medical jurisprudence“ Taylor's scheint ihn von allen zeitgenössischen

Lehrbüchern der gerichtlichen Medizin am meisten befriedigt zu haben, da er, nach vielfachen Umsattelungen, schliesslich bei dem letzteren geblieben ist, ihn als Grundlage seiner Vorlesungen benutzend.

So konnte Prof. v. Samson, als er am 18. Januar 1868 seinen 59-sten Geburtstag beging, auf eine nahezu 25-jährige fruchtbare Wirksamkeit als Arzt und Hochschullehrer zurückblicken. An eben demselben Tage aber ereilte ihn der Tod: er starb an einer Gehirnapoplexie. — Was er für den staatsärztlichen, insbesondere gerichtsarztlichen, Lehrstuhl unserer alma mater geleistet hat, das interessiert gewiss in erster Linie seine Nachfolger und einen engeren Kreis von Fachleuten, dasjenige aber, was er als einer der ersten einheimischen Pioniere auf dem Gebiete der sozialen Hygiene für unser Volk erstrebt, sichert ihm bei der gesamten estnischen Ärzteschaft ein ehrendes Angedenken: ein Mahner war er, ein Wecker „vor Hahnenschrei und Morgenröte“ *).

Referaadid.

Lastehaigused. Pédiatrie.

Dr. Rudolf Degkvitz: **Über Versuche mit Masernrekonvaleszenten serum.** Zeitschr. für Kinderheilk. Bd. 25—1920 ja Bd. 27—1921.

Leetrid on väikestele lastele alla 2—3 a. õige kardetavad ja nende surevus võrdlemisi suur. Münchenis näituseks suri alla kahe aasta vanaduse 28,8%. Sellepärast on suur tarvidus neid haigeeksjäämise eest hoida.

Degkvitz katsub seda kätte saada tervete immuniseerimise läbi paranevate leetrihaigete seerumiga. Ta võtab 7.—10. päeval pääle palaviku langemist tublidelt lastelt, kes leetrid komplikatsioonita läbi tegid, 40—80 ccm. verd, selle järele, kui vanad lapsed on, igatahes mitte alla 4 a. vanaduse.

Veri pannakse mõneks tunniks jääkappi ja võetakse selle järele hüübivud vereosa välja, kuna seerum veel 36. tunniks edasi jääkappi jääb. Selle järele kallatakse seerum välja ja võetakse 2 ccm. Vassermanni reaktsiooni jaoks. On V. negatiiv, siis lisatakse iga 10 ccm. seerumi kohta 1 tilk 5% karboolhappe lahete juurde ja kallatakse sellekohastesse ampullidesse ehk pudelitesse.

Seerumi võib ampullides ka kuivatada ja tarvitamise ajal jälle vedelaks teha.

Seda seerumi pritsitakse lastele naha alla 2,5—3 ccm., mis haigeeksjäämise eest hoiab, kui pritsimine on tehtud vähemalt 6. inkubatsiooni päeval. 7. inkub. päeval pritsimine ei anna enam kindlaid tagajärgi.

*) „Enne kukke ja koitu“: Titel eines Dramas von A. Kitzberg, das zur Zeit der Leibeigenschaft des estnischen Landvolkes spielt.

Dosis minima on 2,5 ccm. seerumi; vähem dosis ei anna kindlaid tagajärgi. Degkvitz on 172 last nõndaviisi pritsinud ja keegi ei saanud haigust, olgugi, et nad infitseeritud olid.

Nüüd on D. katseid ka teised järele uurinud ja üldiselt neid kinnitanud.

D. tahab kõiki lapsi, kes noored ehk nõrgad on, nõnda immuniseerida ja leetrid nendelt kuni koolieani ära hoida.

Umbkaudsete arvamiste järele sureb Saksamaal 30.000 last iga aasta leetritesse. Nendest võiks immuniseerimise abil 26.000 päästa.

See oleks ilus teaduse võit.

Dr. Richard Lederer: **Über Hypogalaktie**. I. Mitteilung. Die Wirkung der Kriegsernährung auf die Zusammensetzung der Frauenmilch.

II. Mitteilung. Die Wirkung der Hypogalaktie auf den Säugling. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 31, Heft 3—4. 1921.

Lederer uuris 16 ema piima, kes alatoitluse all kannatasid ja kelle lapsed rinna juures ei edenend. Ta leidis, et niisuguste emade piimas vähem suhkru- ja rasvaollusi on, kui korralikult toidetud emade piimas. Munavalge ollus ei olnud mitte muutunud. Lapsed, kes rinna juures alatoitluse all kannatavad, ei näita alati mitte harilikke alatoitluse tundemärke (nälja väljaheiteid, obstipatsioon jne.), vaid just selle vastu: nad oksendavad ja nende kõht on lahti. Mõned lapsed reageerivad nälja pääle just okse ja kõhu lahtiolekuga.

A. L ü ü s.

Kirjandusest.

„Duodecim.“ Kirjoituksia lääketieteen ja lääkäritoiminnan aloilta. Toimitus: Yrjö Kajava, päätoimitaja, Matti Wallenius, toimitussihteeri, Gösta Becker, S. E. Wichmann. 38-as. aastakäik. 1922. № 1.

Soome arstideühing „Duodecim“ pühitses läinud aasta 18-mal novembril oma 40-mat sünnipäeva ja tema samanimeline häälekandja astub oma 38-masse aastakäiku eeloleva numbriga.

Soome arstikond võib seega juba kaunis pika arenemiskäigu pääle tagasi vaadata, meie nooremaga võrreldes, arenemiskäigu, mida jälgida meilegi oleks mitmeti huvitav. Loodame selle üle tuua võivad edaspidi mõne Soome ametivenna sulest täielikumad ülevaadet. Seekord ainult lühikesed märkused eeloleva vihu (72 lhk. 89) kohta. See sisaldab järgmised algupäralised kirjutused: 1) J. J. Karvonen: Kas toimub arstiteaduse õpetamine ülikoolis praegusel ajal vastavalt tegeliku arsti nõuetele? (Kõne, peetud „Duodecim'i“ juubelikoosolekul ¹⁸/₁₁ 21). 2) Severi Savonen: Kuidas tuleks korraldada tiisikuse vastu võitlemist Soome maaelanikkude seas? Kogemused Lõuna-Põhjamaalt (Oulu läänist). 3) Armas Ruotsalainen: Dermatitid exfoliativa neonatorum. 4) Yrjö Kajava: Eesti arst. — Referaatide („kirjaselostuksi“) all on ilmunud Yrjö Kajava sulest ülevaade K. Hildén'i teose üle: „Die anthropologische Erforschung Finnlands“ ja autori vastus selle pääle. Lõpuks on toodud lauakirjad („pöytäkirjoja“) „Duodecim'i“ istangutest viimase tegevuse poolaasta kohta (²⁵/₅ 1911 — ¹⁸/₁₁ 1921). Prof. Kajava artikkel „Eesti arst,“ milles ette toodakse andmed selle eelkäijatest ja töökavast,

lõpeb järgmiste sõnadega: „Eesti arst“ on ilmutuseks sellest erksast rahvuslikust vaimustusest ja loovast tööst, mis on käimas Eestis kõigil aladel ja millest Eesti arstid andsid nii kauni tunnistuse eelmise arstide kongressiga. Eesti rahvusline iseteadvus on äratanud kogu rahva oma kultuuri-aluse rajamisele ja selles suures kultuuritöös on omal arstiteaduslisel ajakirjal tähtis koht. Ajakiri „Duodecim“ mis Soomes tegutseb samadel alustel, kui tema Eesti vend „Eesti arst“ omal maal, avaldab oma sügavastituntud rõõmu ja omi paremaid õnnesoove selle Eesti arstide liidu häälekandja ellu astumise puhul.

Kauni ja väärtusliku kingina on „Duodecim“ annetanud oma nooremale vennale kõik oma senini ilmunud 37 aastakäiku, üle selle võõrakeelsed „Acta“ ja populäärsed „Terveysheito“ aastakäigud. Tänuaga vastu võttes seda kingi, on „Eesti arsti“ toimetus omalt poolt algatanud mõtet, luua ja kinnitada Soome arstkonna häälekandjaga alalist kontakti mitte ainult trükitud väljaannete vahetamise, vaid ka vastastikku informeerivate kirjade ja artiklite ilmutamisega ühes kui teises ajakirjas, mõtet, mis Soome pool sooja vastutulekut leidnud ja mille teostamisele loodetavasti asutakse juba lähemal ajal. S. T.

Kroonika.

Arsti kohuse ohvrid (Victimes de leur devoir)

Dr. Rudolf Pärt †. Laupäeval, 4. veebr., suri lõikuse juures saadud verekihvitus tagajärjel Tartu ülikooli haavakliiniku assistent Dr. Rudolf Pärt. See oli ootamata löök omakstele, sõpradele ja ametivendadele.

Dr. Pärti elu ja haridusloo käik on tüübiline kogu meie suurema osa noorema haritlaste põlvele. Sündis 6. märtsil 1890. a. Torma kihelkonnas, Ülesoo talus, sai alghariduse Torma küla- ja kihelkonnakoolis, jatkas selle järele õppimist Treffneri eragümnaasiumis ja lõpetas selle 1910. a. kevadel. Sama aasta sügisel astus Tartu ülikooli arstiteaduskonna üliõpilaseks, kust maailma sõda ja Eesti vabadusvõitlus teda oma keerdu kiskusid, nii et ta alles läinud aastal oma studiumi lõpetada võis.

Dr. Pärt oli esimene arst, kes tegi lõpueksami Eesti ülikooli arstiteaduskonnas.

Kohe peale selle asus ta ülikooli haavakliiniku juure assistendina tegevusse, et siin luua enesele avaramaid võimalusi oma töö jätkamiseks teaduslisel alal. Kuid surm tegi tema tööle ja kavatsustele ootamata lõpu.

Äärmise korralikkuse, täpipäälsuse ja hoolsuse tõttu suutis Dr. Pärt lühikese teenistuseaja jooksul võita oma ametivendade keskel täielist lugupidamist, poolehoidu ja usaldust.

Kui inimene — hääsüdamline ja vastutulelik, otsustes tasakaalukas ja kindel, jättis ta oma sõprade ja lähemate kaaslaste hulgas kõige paremad mälestused järele.

Ning niisama, kui raske on kanda nendele tema ootamata kaotus, on ilusad tema üle mälestused.

„Postimees“.

Dr. Eduard Laas †. 13 veebruaril s. a., 9 päeva hiljem, kui Dr. Pärt, lahkus elavate hulgast Karksi jaoskonna-arst Eduard Laas, haigetelt saadud plekilise soetõve läbi, jättes leinama abikaasa kahe alaealise lapsega. Ed. Laas sündis põllumehe pojana 20 okt. 1884 a. Saare-Kobasaare talus Võru maakonnas. Isal ei olnud ainelist jõudu poega koolitada. Sellepärast võttis Eduard pääle valla ja kihelkonnakooli lõpetamist Vana-Antsla kooliõpetaja koha vastu. Edasipiüüdja noormees ei leidnud omas tegevuses rahuldust ja hakkas ennast ette valmistama küpsuseksamile, mille ta, kõigi raskuste pääle vaatamata, mai-kuul 1912 a. Petrogradis 11 gümnaasiumi juures eksternina ära tegi.

Sügisel 1912 astus Laas Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 24. mail 1917 a., vahepääl osa võttes abiarstina ilmasõjast.

Vähe enne Saksa okkupatsiooni valiti ta Karksi jaoskonna-arstiks. Eesti vabadussõja algusel mobiliseeriti teda uuesti ja ta teenis sõja lõpuni tegevas väes. Pääle rahutegemist asus jälle Karksi, endisele kohale, kus ta nüüd taudi ohvriks langenud.

R. Villems.

I Eesti arstide kongressi ja väljanäituse puhaskasu, mis seniste andmete põhjal kuni 290.000 margani ulatab, millest aga mõned senini selgumata kulud maha arvata tulevad, otsustas Tartu Eesti arstide selts omal üldkoosolekul 18. jan. s. a. jagada järgmiselt: 15.000 marka — järgmise kongressi fondiks, 150.000 marka — kongressi materjali ja lüütrüütris avaldamise kuludeks „Eesti Arstis“ ja ülejääv osa puhtastkasust tervishoidlise muuseumi kapitaliks. Otsus pannakse E. arstide liidu järgmisele pääkoosolekule 9. IV. s. a. kinnituseks ette.

*

Doktori promotsoon. Laupäeval 25. II s. a., arstiteaduskonna avalikul pidulikul koosolekul ülikooli aulas, kaitses Drd. med. C. Prima oma doktriväitekirja aine üle: „Ueber die Resorptionsfähigkeit des Peritoneums.“ Ametlikkudeks opponentideks olid prof. E. Masing, prof. R. Wanach ja prof. A. Lipschütz. Umbes tund aega kestnud vaielduste järele, ja pääle selle kui erakordse opponendina ka Dr. med. J. Meyer sõna oli võtnud, tunnistati hr. C. Prima arstiteaduse doktriväitekirja aine üle. — Väitekirja, mille teaduslikku väärtust, vaatamata mõningate formaalsete puuduste pääle, kõik opponendid rõhutasid, ei ole senini võimalik olnud trükkis avaldada.

*

Muuli leprosoorium Tartu ligidal (La léproserie Mouli près de Dorpat), mille tegevus ilmasõja ajal katkes, on nüüd uuesti avatud ja nimelt Tartu ülikooli dermatoloogia õpetoolile alluva õpeasutuse nime all, mis võimaldab põhjalikku tutvumist pidalitõvega meie tulevatele arstidele. Leprosooriumi korraldamise ja haigete ülalpidamise kulud tasub tervishoiu päävalitsus, personaali ja õpejõud — ülikool, kelle päralt asutus ka juriidiliselt. Haigevoodite arv Muulil on 14—18; haigeid toodakse esialgu — igasuguseid lepra-vorme ja staadiume esitavaid — üle Tarvastu leprosooriumist. Direktoriks on Prof. Dr. A. Paldrock.

S. T.