EESTI ARST

ILMUB ÜKS KORD KUUS

EESTI ARSTIDE LIIDU HÄÄLEKANDJANA

№ 4. Tartus, Aprill 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).

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

Koosolek 2. detsembril 1921 k. $9^1/_4$ e. l. mineraloogia kabineti auditooriumis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

Läbirääkimised. Diskussion.

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

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

Auch werden die Prostituierten nicht photographiert.

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) Das zahlenmässige Verhältnis der drei Krankheiten zueinander.

Hier kommen nur die Verhältnisse in Reval in Frage.

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

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

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

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

---

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

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

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

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

5) Das Lebensalter der Erkrankten.

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

6) Anteilnahme der Geschlechter.

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

7) Zivilstand der Erkrankten.

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

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

Diese Verhältnisse sind auch nichts für Estland Eigentümliches.

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

8) Anteilnahme der Nationalitäten.

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

9) Beruf der Erkrankten.

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

10) Die Ansteckungsquellen.

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

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

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

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

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

11) Die Krankenzahl nach Monaten.

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

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

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

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

Thesen.

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

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

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

Läbirääkimised. Diskussion.

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

Soowitab sunduslikku arstimise wiisi.

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

meesterahvas järelvalve alla, kuna töölkäija naesterahvas eraarstide ravitsemisele lubatakse.

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

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

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

Tab. I. Avalikud naesterahvad vanaduse järele.

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

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

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

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

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

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

Mis puutub prostitutsiooni teistesse avaldamisviisidesse, nimelt s a l a j a s e j a j u h u s l i k u p r o s t i t u t s i o o n i s s e ja prostitutsioonisse kõrvalteenistusena — siis võib sellest ainult umbkaudu kõneleda.

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

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

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

Ülevaadet lõpetades, pean veel nii palju ütlema, et, praeguse korralduse puudulikkuse pääle vaatamata, meil Eestis R o o t s i s e a d u s t m a k s m a p a n n a, v e e l v a r a j a n e o l e k s, sest meie ühiskondlise elu korraldamine on selleks praegu veel madalal arenemise astmel.

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

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

Seni aga peame püüdma prostitutsiooni vôimalikult puhttervishoidliselt saneerida.

*

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

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

Haiguse saivad:

		avalikkude naesterahvaste käest:	mitteregistreeritud naester. käest:
Gonorrhoea	I	641 = 47,2%	718 = 52,8%
Gonorrhoea	II	230 = 49,8%	233 = 50,2%
Gonorrhoea	III	75 = 52,1%	69 = 47,9%
Gonorrhoea	IV	18 = 56,5%	14 = 43,5%
Gonorrhoea	V	5 = 38,6%	8 = 61,4%
Gonorrhoea	VI—X	7 = 70%	3 = 30%
Gonorrhoed kokku:		976 = 48,2%	1045 = 51,8%
Ulcus molle		61 = 59,9%	41 = 40,1%
Syphilis		263 = 46.4%	304 = 53,6%
Koguarv:		1300 = 48,7%	1390 = 51,7%

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Läbirääkimised. Diskussion.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

Kõiki neid asjaolusid tuleb laialt selgitada, alates juba koolidest.

Läbirääkimised. Diskussion.

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

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

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

Üldine koosolek. Réunion universelle.

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

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

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

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

Läbirääkimised. Diskussion.

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

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

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

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

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

See ettepanek võetakse vastu.

*

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

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

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

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

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

1) Stark mit Alkohol reagierendes Serum:

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

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

---

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

2) Alkoholnegatives Serum:

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

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

3) Ein „unentschieden" reagierendes Serum:

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

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

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

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

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

Aus den neueren Alkoholuntersuchungen verdienen die experimentellen Versuche von Edward Mellanby[2]), Professor an der Londoner Universität, besondere Aufmerksamkeit. Dieselben behandeln das Eindringen des Alkohols ins Blut sowohl beim Menschen als bei den Tieren (Hunde) und ganz besonders die Bestimmung der Menge des Alkohols im Blute nach Ablauf von 1, $1^1/_2$, 2, 3, 5, 6 u. s. w. Stunden nach dem Eingeben. Dabei hat sich herausgestellt erstens, dass der Alkohol aus dem Magen und Darmkanal sehr rasch ins Blut eindringt, besonders am „nüchternen" Magen, so dass das Alkoholmaximum im Blute bereits 1—2 Stunden nach dem Einnehmen angetroffen wird und dann allmählich daraus, durch die Oxydation u. a., verschwindet, jedoch so langsam, dass man noch nach 19 Stunden Spuren davon im Blute findet. Zweitens zeigte es sich, dass je mehr Alkohol eingegeben wurde, desto mehr konnte man ihn im Blute nachweisen. Wenn der Hund z. B. 65, 50, 30 und 20 cm³ Alkohol bekam, so war im Blute 2 Stunden nachher 445, 420, 265 und 135 mgr. Alkohol in 100 cm³ Blut vorhanden. Der Intoxikationseffekt aber bei den Menschen war immer verhältnismässig grösser als die Vermehrung der eingenommenen Alkoholdosis. Den Intoxikationseffekt bestimmte Mellanby durch Zeichnenlassen verschiedener Figuren zu verschiedenen Zeiten nach dem Alkoholgenuss.

Es zeigte sich noch, dass die Konzentration der Alkohollösung bei dem Eindringen in das Blut keine besondere Rolle spielt. Wenn der Alkohol z. B. in 20%- oder 5%-Lösung eingenommen wurde, so befand sich im Blute 1—2 Stunden nachher 488 und 442 mgr. Alkohol in 100 cm³ Blut, also garnicht im Verhältnis zur Konzentration. Nahezu ebenso in den Versuchen mit den englischen Nationalgetränken Whisky in 22,5%-Lösung, Stout (dunkles, dickes Bier) 5,5% und verdünnte Stout 3,9% Alkohol enthaltend, wobei die resp. Mgr.-Zahlen nach 2 Stunden 488, 420 und 380 in 100 cm³ Blut waren. Stoutalkohol wurde doch jedenfalls in den ersten Stunden etwas langsamer in die Blutbahn resorbiert als die 5%-Alkohollösung als solche. Nach 4 Stunden aber war im Blute ebensoviel Alkohol, dessenungeachtet ob es in stärkeren oder schwächeren Konzentrationen eingenommen wurde. Es ist noch zu merken, dass in den Fällen, wo der Alkohol in stärkeren Konzentrationen eingegeben wurde, der Alkoholgehalt des Blutes in den ersten Zeiten, 1—2 Stunden, etwas höher war als in den Fällen, wo der Alkohol in schwächeren Konzentrationen benutzt wurde; der in schwächeren Lösungen (z. B. Bier) sich befin-

---

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

Todesfälle durch Alkoholvergiftung in New-York

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

Aus dem vorstehenden Referate möchte ich folgende Schlussfolgerung ziehen.

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

---

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

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

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

Läbirääkimised. Diskussion.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

So berichtet der Revaler Stadtphysikus Dr. med. Gebhard Himsel, dass in seiner und Prof. Cunitius Gegenwart der Barbier Johann Türk am 25. Juli 1662 einem Weibe die krebsige Brust entfernt habe und die Kranke geheilt sei; dass der Barbier Georg Müller am 21. Februar 1663 einer Magd ein Gewächs hinterm linken Ohr, in welchem viel Haar gewesen sei, entfernt und dass er am 9. Februar 1664 einen Jungen aus Hapsal glücklich operiert habe. Auch vom Barbier Georg Ludwig berichtet Dr. Himsel, dass dieser Barbier einem Weibe ein Gewächs von der rechten Seite der Backen und des Halses, welches $5^1/_2$ Pfd. gewogen, operiert und dass diese glücklich kuriert sei.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

*

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

*

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

Läbirääkimised. Diskussion.

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

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

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

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

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

*

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

*

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

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

(Lõpp.)

Kui ligemalt vaatleme kõhutõve taudiga võitlemise viisi, mida meil läbi viia katsuti, siis paistavad silma mõned puudused, mis parandust nõuavad. Võitlust täies ulatuses peab kohe algama, kui esimesed juhtumised ilmsiks tulevad. Meie kuulsime et esimeste kõhutõve juhtumiste kindlaksmääramisel mitmesugused takistused ees on, kuid ka siis, kui sarnased juhtumised kindlaks on tehtud, ei alata kohe energilist võitlust. Barakkide avamisega viivitakse, lootes et taud lahti ei puhke. Võtab aga kõhutõve taud laialisema käigu, siis ei suuda barakid enam oma ülesannet täita. Nendes kohtades, kus esimesed kõhutõbised otsekohe isoleeriti ja haigemajadesse mahutati (Paide, Pangoti, Kodavere), ei lagunenud kõhutõbi möödaläinud suvel laiali. Barakkide sisseseadeks tarviliku materjaali puudus andis ennast kohati valusasti tunda. Et seda tulevikus ei juhtuks, peaks iga maakonnavalitsus hoolt kandma, et iga silmapilk valmis oleks täielik varustus suurema ehk vähema baraki avamiseks, kuna Tervishoiu päävalitsusel käepärast oleks täiendav varustus nendeks juhtumisteks, kui taud laialise käigu omandaks. Et möödaläinud suvel mõned barakid otstarbekohatud olid, näitab suur haigeksjäämise protsent personaali keskel. Ei tohi hääks kiita, et kõhutõve barakkide alla koolimaja ruumisid tarvitakse, kuhu mõni nädal pääle baraki töö lõppu hulk lapsi kokku kogub.

Suureks puuduseks tuleb lugeda, et meil kõhutõve haiged siis haigemajast välja saadetakse, kui nad kliiniliselt terveks saavad, ilma et teada oleks, kas nad bakterioloogiliselt terved on. Oleks meil terves vabariigis paar korralikku bakterioloogilist

laboratooriumi, siis ei oleks raske taudi korral väikseid liikuvaid laboratooriume kokku seada ja neid kohale saata, kus nad oma ülesande ilusaste täidaks. Ei oleks ka võimatu, et igas maakonnalinnas haigemaja juures väike bakterioloogiline laboratoorium asuks. Loodame, et meil paari aasta pärast sarnastest arstidest puudust ei saa olema, kes baktarioloogilisi töid võiksid toimetada.

Suureks takistuseks on taudide vastu võitlemises selguseta vahekord meie omavalitsusasutuste ja jaoskonna-arstide vahel. Arst nõuab ühe ehk teise korralduse täitmist, kuna omavalitsuse võimud seda ei täida, põhjendades, et arsti nõudmisel seaduslik alus puudub, ehk mis veel pahem, sagedasti otsústavad mitte kompetentsed isikud, et arsti nõudmine, kui vähetarvilik, täitmata võib jääda. Jaoskonna-arstidel puudub edasiliikumise võimalus, mille tõttu paljud haiged registreerimata jäävad. Vallast küüthobuste saamine on seotud suurte raskustega. Samati selguseta on vahekord arsti ja arstitarvitaja vahel, kus mitmesugused segadused tasu asjus tekivad, mille tõttu paljud kardavad arsti kutsuda. Sarnaste selguseta vahekordade lahendamiseks on tarvilikud üleriiklised taudide vastu võitlemise määrused, mis meil puuduvad.

Üksikutes kohtades tehti katset karantiiniga kõhutõve taudile piiri panna, kuid see katse ei õnnestanud, sest karantiinist arusaamine puudub rahval ja karantiinist möödapääsmise teid on liig palju. Loodame, et lendlehed, mida suurel hulgal laiali laotati, kõhutõve taudi vastu võitlemises märksa kaasa avitasid, kuid seda on vähe. Oleks tarvilik järjekindlaid tervishoidlikke kõnekoosolekuid korraldada maal, vahest siis avaneks paljudel silmad. Teisest küljest peab meie noorsugu tervishoidlise arusaamise suhtes kasvatama, milles üldise tervishoiu õpetuse tarvitusele võtmine koolides suurt osa etendaks.

Spetsiifiline profülaktika aktiivse immuniseerimise teel ei ole meie arstide keskel tarvitust leidnud kõhutõve vastu võitlemises. Möödaläinud suvel tarvitati düsenteeria vaktsiini ainult üksikutes kohtades mõnekümne inimese juures. Et vaktsineerimise teel võimalik on kõhutõve vastu võidelda, seda tõendavad Shiga, Castellani, Thomsoni, Dean'i ja Adamsoni laialised uurimised. Vincent tuli oma uuemate uurimiste põhjal otsusele, et aktiivne immuniseerimine kõhutõve vastu võitlemises häid tagajärgi annab ja praktiliselt läbiviidav on. Tema nõuab, et iga kõhutõve taudi juures nende mikroobide

vaktsiini peab tarvitama, mis taudi põhjuseks on. Et vaktsiini tarvitamine teaduslisel alusel seisaks, peab iga kord taudi idude iseloomu bakterioloogiliselt tundma õppima. Loodame, et meie juures vaktsiini tarvitamine tulevikus rohkem tähelepanu leiab ja mõnegi inimese elu päästa suudab.

Literatuur.

Castellani: Dysentery in Ceylon. Brit. med. journ. 1904. Some researches on the etiology of dysentery in Ceylon. Journ. of hyg. 1904. Chantemesse: Le microbe de la dysenterie épidémique. La Presse médic. 1902, № 59. Über die Priorität der Entdeckung des Ruhrbacillus. Deutsch. med. Woch. 1903, № 12. Le Dantec: Dysenterie sprillaire Compt. rend. Soc. Biol. 1903, № 16. Deycke u. Reschad-Effendi: Die Dysenterie in Konstantinopel. Jena 1904. Dopter: Les dysenteries. Paris 1908. La dysenterie bacillaire. Ann. de l'Inst. Pasteur 1906, № 1—2. La sérotherapie de la dysenterie: Paris 1909. Duval: Another member of the dysentery group. Journ. Amer. med. ass. Vol. 43, 1904. Eckert: Bakteriolog. Erfahr. über die Ruhr in Nordchina. Deutsch. milit. ärzt. Zeitschr. 1906, № 7. Flexner: Etiology of dysentery. Centralbl. f. Bakter. Bd. 30, 1901. A comparative study of dysenteric bacilli. Centralbl. f. Bakt. Bd. 30, 1901. Galli-Valerio: L'étiol. et la prophyl. de la dysenter. bactér. Centralbl. f. Bakt. I, Ab. Bd. 45. 1909. L'état actuel de nos connaissances sur le rôle des mouches etc. Centralbl. f. Bakt. Bd. 54, 1910. Kruse: Aetiologie und Prophyl. der Ruhr. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1904. M. 12. Die Verbreitung der Ruhr etc. Klin. Jahrb. Bd. 19, 1908. Diskussionsbemerkung. Centralbl. f. Bakt. I Abt., Bd. 42, 1908. Кулеша: Микробы дизентерии. Микробіол. Златогорова 1916. Küster: Ein Dysenteriebacillenträger. Münch. med. Woch. 1908, № 35. Lentz: Dysenterie. Handb. d. path. Mikroorg. Kolle-Wassermann, Bd. III. 1913. Liefmann u. Nieter: Über Ruhr bei Irren. Münch. med. Woch. 1906, № 43. Métin: Recherches sur l'étiologie de la dysenterie des pays chaudes. Ann. d'hyg. et de méd. col. 1902, H. 4. Negri: Eine Dysenterieepidemie etc. Centralbl. f. Bakt. 1906, Bd. 41. Ravaut et Dopter: Une épidémie de dysenterie bacillaire etc. Bull. Soc. de path. exot. 1909, № 1. Ruffer: On the etiology of dysenterie. Brit. med. journ. 1909, Vol. 2. Shiga: Epidemiolog. Betracht. über die Dysent. in Japan. Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 60, 1008. Typen der Dysenteriebacillen u. s. w. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 60, 1908. Über Versuche zur Schutzimpfung gegen die Ruhr. Deutsch med. Woch. 1903, № 18. Vincent: Sur la vaccination de l'homme contre la dysenterie bacillaire. Compt. r. des Soc. Biol. 1921, № 34. La vaccination contre la dysenterie etc. Congr. of the roy. Inst. of publ. Health 1920. Vincent et Muratet: Dysenteries, Choléra asiatique et typhus exantématique. Paris 1917.

Résumé.

La dysenterie est un syndrome commun à plusieurs infections. On devra comprendre sous ce nom la dysenterie bacilaire, la dysenterie amibienne, les dysenteries à Balantidium coli, à Trichomonas intestinalis; la dysenterie à spirilles, à cocco-bacilles, à bacille pyocyanique, à proteus vulgaris etc. Tous les cas de diarrhée observés ne sont assurément pas justiciables du bacille dysentérique. De ces diverses formes de dysenterie, il en est deux qui, par leur fréquence et leur gravité, dominent de beaucoup toutes les autres: la dysenterie bacillaire et la dysenterie amibienne. La dysenterie bacillaire est une maladie ubiquitaire, mais elle fréquente spécialement les pays froids ou tempérés. La dysenterie amibienne est plus commune dans les climats chauds, mais aussi a-t-elle été signalée un peu partout dans toutes les régions européennes.

Les villes et les districts de la République Esthonienne ont été parfois le siège d'épidémies graves de dysenterie. On a décrit une épidémie en 1845—1846, en quelle période la mortalité a été très élévée. Une grave épidémie a régné en 1868 et en 1877 en certaines localités. An debut de la querre mondiale la dysenterie a fait en 1914 son apparition parmi les soldats de l'armée russe, mais plus souvent à des formes bénignes et rapidement guéries. En 1919 et 1920, une grave épidémie de dysenterie a sévi parmi la population civile aussi bien que dans les armées, donnant lieu à une morbidité de 3,06 en 1919 et 3,08 en 1920 pour 1000. Les années 1919 et 1920 sont à considérer comme celles de la fondation de la République Esthonienne et de la guerre libératrice d'Esthonie. Il faut ajouter qu'à cette époque là, la dysenterie offrait une gravité extrême. En 1921 il y eut de mai à septembre environ 1000 cas de dysenterie aiguë. Cependant selon des renseignements de la statistique officielle la dysenterie pourrait réngner en Esthonie à l'état endémique, donnant lieu à des cas isolés.

En présence d'un syndrome dysentérique on devrait toujours en déterminer la cause. Le diagnostic précoce et précis ne pourrait être établi que par une recherche simultanée des parasites dans les selles. Dans tous les cas de dysenterie on devra donc pratiquer un certain nombre de recherches de laboratoire. L'examen microscopique devrait porter sur des fèces très récemment émises. Le diagnostic bactériologique de la dysenterie baccillaire, nécessite la culture et l'isolement du bacille, ainsi que son identification. Il existe des races de bacilles dysentériques, comme il existe des races de bacilles typhiques. A côté d'eux on rencontre également un certain nombre de bacilles dits pseudo-dysentériques qui par leurs caractères biologiques différencient plus ou moins des bacilles dysentériques vrais. Chaque épidémie de dysenterie bacillaire semble comporter sa propre variété microbienne.

L'épidémie de dysenterie observée en 1921 en Esthonie, a donné lieu à la constatation la plus habituelle du bacille du type Shiga, plus rarement du type Y. Le bacille de para-dysenterie Kulescha a aussi été isolé. On considère le bacille de Shiga comme le plus dangereux, donnant lieu à des formes très graves. La mortalité atteint en 1921 dans les campagnes, de 10,8 à 28,5 pour 100 des malades, et de 13,7 à 24,2 pour 100 dans les hôpitaux. Parmi les enfants la mortalité atteint 35—42 pour 100, parmi les adultes

33—35 pour 100 et parmi les sujets âgés de 20 à 40 ans 5—7 pour 100 des malades.

La dysenterie bacillaire est une des maladies les plus contagieuses. L'agent pathogène végète exclusivement ou surtout dans les fèces du malade. Quel que soit le mode de contagion, direct ou médiat, le point de départ du bacille est toujours constitué par les matières fécales du malade ou du porteur de germes. La contagion directe est très commune. Dans les campagnes, où les règles de l'hygiène sont ignorées, où les déjections sont jetées partout, la contamination est très facile et la dysenterie et parfois plus tenace. Dans les villes, la dysenterie frappe plus spécialement les quartiers populeux, les familles pauvres, où les enfants et les parents vivant en contact étroit, se contaminent mutuellement avec la plus grande facilité. Les aliments contaminés réclament une part non négligeable dans la transmission de la dysenterie, soit parce qu'ils ont été manipulés par des malades aigus ou chroniques ou par des porteurs de germes, soit parce qu'ils ont été en contact avec le sol imprégné de matières fécales, soit parce que les mouches y ont déposé des germes. On peut conclure, que l'eau de boisson peut déterminer l'éclosion de la dysenterie, mais qu'elle n'est nullement le facteur le plus important de cette maladie.

Les mesures prophylactiques recommandées à propos des maladies à détermination intestinale trouveront lieu ici. L'isolement des malades atteints de dysenterie bacillaire s'impose immédiatement. Les examens de laboratoire doivent s'adresser, non seulement aux cas cliniques caractéristiques de dysenterie, mais aussi aux formes frustes, aux diarrhées bénignes, aux états sporadiques, qui sont les avant-coureurs d'une épidémie. Il y a lieu de prendre des précautions à l'égard des convalescents et des sujets qui restent ou deviennent porteurs de germes. Le recours aux laboratoires est inséparable d'une prophylaxie rationelle de la dysenterie. La prophylaxie devrait se montrer particulièrment sévère. Le médecin portera spécialement son attention sur la propreté des latrines, leur désinfection rigoureuse, la lutte systématique contre les mouches. La contamination du sol par l'accumulation des excréments est redoutable. Le malade atteint de dysenterie ou de diarrhée, le porteur de bacilles devraient être formellement écartés des cuisines. Ils ne devraient pas participer à la préparation des aliments. L'immunisation active n'est pas, jusqu'ici, entrée dans la pratique courante. Il paraît utile d'attirer l'attention sur la nécessité pratique, en cas d'épidémie, de déterminer au plus tôt, par l'examen bactériologique, la nature exacte du bacille infectant, afin d'employer, de préférence, le vaccin approprié à l'épidémie.

Über die Schlammbäder in Eesti.

Dr. med. **H. Arronet** in Hapsal.

Seitdem die Schlammbäder Hapsals und Arensburgs nicht mehr einen nur geringen Bruchteil der gewaltigen Naturschätze Russlands darstellen, sondern eine nicht unbedeutende Grösse im

neuen Staate Eesti sind, hat sich das Interesse für diese Bäder sehr gehoben. Sowohl Hapsal als auch Arensburg sind viel mehr als in früheren Jahren von der ärztlichen Welt besucht worden; 1920—1921 wurden auf Veranlassung der militärischen Sanitätsverwaltung und des Estn. Roten Kreuzes, eine grosse Anzahl von Patienten zur Schlammkur in diese Orte geschickt; auf den Aerztetagen sowohl in Hapsal als auch in Arensburg ist die Frage über die Wirkung der Schlammbäder vielfach erörtert worden, so von Professor Dehio, Dr. Russow und Dr. Falk. Letzterer, der sich im Süden Russlands viele Jahre mit der Frage der Schlammbäder praktisch beschäftigt hatte, wandte sich namentlich gegen die seit Jahren in Arensburg und in Hapsal übliche Art der Verabfolgung verdünnter Schlammbäder. Nach seiner Meinung könnten Schlammbäder von geringer Konzentration, mit dem hierorts üblichen Zusatz von 4—8 Eimer Schlamm und einer Temperatur von 28—30° R. nur eine sehr geringe Wirkung entfalten, da in solchen Bädern die Wirkung der Schwere des Schlammbades und der Wärmestauung zu wenig zur Geltung kämen. Im Parallelismus mit den südrussischen Schlammbädern wollte er auch in Hapsal sehr konzentrierte resp. reine Schlammbäder und Schlammpackungen von hoher Temperatur angewandt wissen.

Indem ich dieses erhöhte Interesse für die Schlammbäder Eestis warm begrüsse, sehe ich mich zugleich veranlasst, als alter Badearzt, welcher sich durch 13 Jahre mit den Schlammbädern in Arensburg beschäftigt hat, zu dieser Kontroverse das Wort zu ergreifen.

Die Art der Verabfolgung der Schlammbäder gestaltet sich, je nach der geographischen Lage der Schlammlager und der physikalischen Beschaffenheit des Schlammes, ganz verschiedenartig.

Im Süden Russlands, wo die heisse Sommersonne den plastischen Lagunenschlamm bis zu sehr hohen Temperaturen erwärmte, wurde derselbe als solcher, in reinem Zustande, als heisse, mehr lokale Packung, mit nachfolgenden starken Transpirationen, zu Heilzwecken benutzt. Der schwarze, feste, plastische Schlamm von Sakki, Odessa, der Krim, oder der vielen Schlammkurorten bei Astrahan oder beim Asowschen Meer, welcher einen sehr geringen Wassergehalt hat, gestattet die Anwendung desselben bei sehr hohen Temperaturen, bis zu 45 und 50° Celsius und erzielt dann auch durch enorme Wärmestauung und erhöhte Bluttemperatur grossartige Effekte, namentlich wo es sich um Resorption von Exudaten handelt.

Da eine solche Kur grosse Ansprüche an das Herz und Gefässsystem stellt, so werden in der Regel bloss 10—12 solcher heissen Schlammpackungen mit nachfolgender Transpiration verordnet. Vorher und nachher dagegen einleitende und abschliessende warme Solbäder von Temperaturen von 28—30° R.

Einen ganz anderen Weg ist die Art der Verabfolgung der Schlammbäder im Norden, speziell in Hapsal und Arensburg, gewandelt. — Hier gab es keine heisse südliche Sonne, um den Schlamm vorzuwärmen, auch keinen schwarzen, zähen, plastischen Lagunenschlamm, welcher sich wie weicher Ton formen und dem Körper anschmiegen liess. Der Seeschlamm in Estland stellt vielmehr eine graue bis dunkelgraue, weiche, sammtartig sich anfühlende, etwas schleimige Masse dar, mit einem relativ sehr hohen Wassergehalt (zwischen 50 und 80%). Dieser Schlamm ist von dickflüssiger Konsistenz, lässt sich daher zu lokalen Packungen nur in Säcke eingeschlossen verwenden. Wegen des hohen Wassergehaltes lässt er ausserdem eine Applikation von hohen Temperaturen, welche 40° R. übersteigen, nicht zu. Sonst gibt es Verbrennungen. Es wurden denn auch hier im Norden die Schlammbäder verabfolgt, indem man dem vorgewärmten Seewasser eine gewisse Portion Schlamm und Salz hinzufügte. Es entstanden dadurch verdünnte Schlammbäder, welche sich am ehesten in Parallele setzen lassen mit starken Solbädern, wie wir sie etwa in Kreuznach oder in Salsio-Maggiore kennen. Dazu kamen dann noch lokale Wärmeapplikationen durch Umschliessung kranker Körperteile mit Säcken aus Leinewand, in welche heisser Schlamm von einer Temperatur zwischen 32—40° R. hineingegossen wurde, um eine spezielle lokale Wärmewirkung zu erzielen[1]).

Es ist ganz selbstverständlich, dass sich in diesem Falle die Frage aufdrängt, wie können solche Bäder von mehr oder weniger indifferenter Temperatur, mit einem geringen Schlammzusatz heilkräftig wirken?

Ich bin der Ansicht, dass wenn man an die kritische Analyse der Wirksamkeit der hiesigen Schlammbäder herantritt, man nicht davon ausgehen kann, wie Dr. Falk es meint, dass die verdünnten Schlammbäder, wie sie hier verabfolgt werden, gar keine oder nur eine sehr geringe spezifische Wirkung entfalten können, weil sie nicht wie die Schlammbäder im Süden Russlands konzentriert und sehr heiss verabfolgt werden.

Wir können nicht vor der durch die Kranken bezeugten

---

[1]) Analyse des Schlammes von Arensburg nach Prof. Glasenapp:

Sand und Diatomeen	18,63 im Kilo	Natron (in org. Verbindung)	0, 33 im Kilo
Schwefeleisen	2,80 „ „	Organische Substanzen	20, 20 „ „
Eisenhydroxyd	0,33 „ „	Ammonium sulfid.	0,021 „ „
Ton	13,52 „ „	Wasser (mit H_2S gesättigt)	935,879 „ „
Calcium carbonat	3,56 „ „	Mangan, Jod und Brom	in Spuren
Magnesium carbonat	2,60 „ „	Freier Schwefel	in Spuren
Calcium phosphat	0,34 „ „		
Gyps	0,09 „ „		
Kalium chlorid	1,33 „ „		
Natrium chlorid	0,37 „ „		
			1000,000

Tatsache ihrer heilenden Wirkung die Augen verschliessen und einfach behaupten, dass dieselbe Wirkung etwa ebenso durch warme Bäder erreicht worden wäre, oder dass es sich um eine suggestive Wirkung bei den Patienten handele.

Es unterliegt natürlich keinem Zweifel, dass die Temperatur des Bades — im Speziellen die hohen T° — einen mächtigen Heilfaktor bei den Bädern bildet.

Jedoch ebenso wenig unterliegt es einem Zweifel, dass die Wärme des Schlammbades nur einen der Hilfsfaktoren darstellt, dass durch die warmen Bäder allein nicht dieselben Heilungen erzielt werden können, wie durch die Mineralbäder, und zwar gründet sich diese Überzeugung auf der Erfahrung all der vielen Kurorte, welche von der leidenden Menschheit durch Jahre hindurch aufgesucht werden.

Diese Erfahrungen zu sammeln und statistisch zu verwerten ist leider eine undankbare Aufgabe, da sich sehr leicht an solchen Statistiken Kritik üben lässt und das post hoc, ergo propter hoc anzufechten ist. Hat man jedoch lange Zeit mitten im Badeleben gestanden, hat man viele Kranke Revue passieren lassen, so kann man sich unmöglich der Überzeugung verschliessen, dass bei der Beurteilung der Wirkung der Bäder, seien es nur Mineral- oder Schlammbäder, nicht nur die grob physikalischen Momente eine Rolle spielen, sondern, dass es noch andere Momente geben muss, wahrscheinlich chemisch-physikalischer Natur, welche Wirkungen molekulärer Art hervorzubringen im Stande sind.

Zur Unterstützung dieser meiner Behauptung möchte ich mir erlauben einiges aus der Erfahrung meiner Tätigkeit in Arensburg anzuführen. (Schluss folgt.)

Tartu Eesti arstide seltsi

teaduslikkude koosolekute protokollidest (I poolasta 1921 a.).

(Comptes rendus de la Societé médical esthonienne à Tartu-Dorpat, I sem. 1921).

VI koosolek 9. XII. 1920 (järg).

10) Prof. K. Konik: **„Sapiteede kivihaigus“.** Läbirääkimised:

H. Koppel: Kas ei tule ka siis lôigata, kui kivid liig suured? Valuhoogusid ei saa mitte ainult infektsiooniga seletada, vaid, niikui ureteerideski, ka peristaltikaga.

Konik: Choledochus'e limanahk ei ole liiga tundelik. Läheb mädane sapp ära, langeb t°, kaovad valud, aga kivi jääb; ei tarvitse ka suurt kivi lôigata, kui ta häda ei tee.

11) Dr. J. Wilms: **„Suguhaiguste vastu võitlemine seaduseandmise teel“.**

VII koosolek 4. II. 1921.

12) Dr. E. Saaberg: **„Ilanaha luupus'e juhtumine ülemistes hingamise teedes“,** haige demonstreerimisega.

Et luupus tihti nina ilanahal pääle hakkab, siis tarvis varakult diagnostitseeri ja pesa kohe ravitsuse alla võtta. Forchhammer'i statistika 1200 luupus'e juhtumise kohta andis 38% naha- ja 62% naha + ilanaha luupust, viimasest ninas 60%, kurgus 2,5%, kõris 5%; mehi 20%, naisi 74%; viimaste ülekaal lapseeas on kõige väiksem, kasvab vanadusega. Puhas naha luupus on pääasjalikult lapsepõlvele omane. Prognoos ilanaha luupus'e juures kahtlane, kõri l. juures 56% kopsu tuberkuloosi, (millest 33% surmaga lõppesid) naha-ilanaha l. — 26%, puht naha l. — 14%; varajase ravitsemise juures saadi tervekssaamist viimase juures 88%, naha-ilanaha l. juures — 69%. Meie haige prognoosi ei saa hääks pidada: perekonnas 3 tbc. juhtumist; kõris armid ja tuberkelid, viimased ka armide pääl; afonia; muud diagnostilised tunnused: haiguse pikaldane käik, väheldased sümptoomid, luupus ka välisel nahal (punetus, infiltratsioon mügaratega ninaotsal ja ülemisel huulel). — Ainuke kausaalne terapiia — tuberkuliiniga arstimine; kohaliselt: terav lusik, galvanokauter, piimahape, jod-jodkaali lahk; sisse: jodnaatriumi ehk jodkaaliumi ja samal ajal kohaliselt ozooni ehk H_2O_2 (Pfannenstiel'i metood), radioterapöitiliselt: Finsen, raadium, Röntgen. Viimasest anti meie haigele 5 seansi kaelale (20 x, toru 10 w, alumiiniumi filter 3 mm) ja 2 ninale ja huulele (10 x, toru 9 w, filter 2 mm). Mõju: kaela rahud pea täitsa kadunud, kurgu lael ja tagaseinal mügarate asemel vähesed punased plekid, ninasõõrmed kärnadest vabad, kõri ilma tuntavate muudatusteta. — Läbirääkimistel tähendab Schlossmann, et Venemaal tihti luupust siifilisega ära vahetati, vahet teha kindlasti saab ainult Wassermann'i läbi. Terav lusikas sünnitab luupuse juures sagedasti üleüldist infektsiooni — seda olla ei tohi. Proteiinide terapiia võiks siin häid tagajärgi anda.

VIII koosolek 18. II. 1921.

13) Dr. W. Wadi: **„Spondüloosid“**, haigete demonstreerimisega.

14) Dr. O. Lindeberg: **„Meningitis tuberculosa juhtumine“**, pääaju präparaadi demonstreerimisega.

Kliinikusse toodud diagnoosiga „abscessus reg. occipitalis“. Anamneesis olnud trauma, mille põhjal oleks tekkida võinud abscess, arenes aga mening. tbc., mis kopsudest ehk rahudest võis saada alguse.

IX koosolek 3. III. 1921.

15) Prof. L. Puusepp: **„Экспериментальныя данныя по вопросу о кровообращеніи в мозгу во время совокупленія“.**

Katsetel ühendati art. carotis'e tsentraalne ja perifeerne otsad kümograafiga (Hürthl'i metood), üleselle mõõdeti rõhumist v. jugularis'es, mis võimaldas hinnata aju veresisaldust (Gärtner-Wagner'i metood). Nende katsete põhjal jõudis ref. järgm. otsustele:

a) Isastel koertel oli coituse ajal üldist vererõhumise tõusu näha.

b) Pääaju veresooned laienesid ja tuli ilmsiks suur pääaju vereküllus.

c) Coitus't iseloomustab, niisamuti kui emaste koerte juures, kiire pääaju veresoonte kokkutõmbamise ja laienemise kui ka vererõhu tõusu ja langemise vahetus, tingitud akti mitmesugustest momentidest.

d) Kõige suurem pääaju veresoonte laienemine ja pääaju vereküllus tuleb ilmsiks otsekohe penis'e sisseviimise järele ja seemne ejakulatsiooni ajal.

e) Coitus'e lõpul ilmub tuntav üldise vererõhumise langemine, looma üldine lõtvus ja vere äravool pääajust.

f) Penis'e väljaviimise ajal teeb vererõhumine väikese hüppe ülespoole ja langeb siis rohkesti allapoole normi; alles mõne minuti järele tõuseb, jäädes siiski veel 10 minutiks normist alamale.

X koosolek 14. IV. 1921.

16) Dr. Joh. Rives: **„Hemiplegia hysterico-traumaatilise neuroosi põhjal“**, haige demonstreerimisega.

17) Dr. O. Lindeberg: **„Abortiivsed encephalitis epidemica kujud“.** Kõne ilmus „Eesti Arsti“ esimeses numbris.

XI koosolek 28. IV. 1921.

18) Prof. L. Puusepp: **„К вопросу о пораженіи corp. striati при энцефалитѣ“**, haige demonstreerimisega.

19) Dr. K. Willemi: **„Oedema angiosclerotícum acutum“.** Kõne ilmus „E. Arsti“ teises numbris.

20) Dr. A. Kook: **„Ülevaade röntgenoloogia tehnilise kursuse käigu üle“**, ülesvõtete demonstreerimisega.

Ülikooli nõukogu otsuse põhjal 21. I 21. pandi kursus toime dermatoloogia polikliinikus sääl enne seda ülesseatud apparaadi „Apex'iga“, et anda ülikooli kliiniku assistentidele ja asjast huvitatud õpejõududele kõige hädapäralisemaid tehnilisi teadmisi r. alal. Juhataja prof. Paldrock, osavõtjad: 2 dotsenti, 15 assistenti ja üks Tallinna keskhaigemaja poolt komandeeritud arst. Pääle üldise teoreetilise õpetuse töötati tegelikult 3 grupes à 2—3 nädalat järgimööda, eri-instruktori kontrolli all. Pärõhku pandi röntgenografii pääle, siis kiirtega läbivaatamise ja röntgenoterapii pääle, eriti nahahaiguste juures. Et tutvuneda ka teisetüübiliste apparaatidega, peeti loenguid ja praktilisi töid ka teaduskonna- ja hospitaal-haavakliinikutes. Kursused lõppesid 15. IV ja iga osavõtja on nüüd tuttav meil käepärast olevate apparaatidega, oskab ümber käia kallihinnaliste Röntgeni-torudega ja võib ennast kerge vaevaga r. alal edasi täiendada. — Ref. näitas haigeid (epithelioma, lupus nasi et faciei) keda kursustel arstiti; kõik olid paranemas.

XII koosolek 1. VI. 1921.

21) Prof. L. Puusepp: **„Alexia juhtumine“**, haige demonstreerimisega, kellel tekkinud „hingeline pimedus“ mingi infektsioonilise haiguse järel: kirjutab hästi „правда“, lugeda ei saa, nimetab ainult esimese tähe (lõpetanud gümnaasiumi 7 klassi); üleselle akoordinatsiooni rike, korraliku lihakse tunde juures. Prognoos mitte halb.

22) Dr. F. Lepp: **„Difteriidi seerumiga ravitsetud anthrax'i juhtumine“**, haige demonstreerimisega, keda toodi Kabina mõisast väga raskes seisukorras (pustula maligna mõlematel kätel, pahemal käel üleselle erysipelas; streptokokkid kindlaks tehtud). I päeval 20 cm³, II p. 16 cm³ ja III p.

12 cm³ seerumi lihastesse. Teisel päeval paranes puls, selgus sensoorium, III p. enesetunne hää, süda korras. Nekroosid langesid ära, puhtad granulatsioonid.

23) Prof. K. Konik: **„Osteomyelitis cap. femuris juhtumine“**, haige demonstreerimisega. Röntgeni ülesvôttel femuril ei pääd ega kaela olemas, mis osteomyelitis'e tagajärjel resorbeerunud; olemas adduktsioon, mis puudub lux. cong. juures. Haige nüüd vôrdlemisi terve, ainult lonkab. Arstitud enne linnahaigemajas kopsupôletiku puhul, millal ühtlasi puusa liikme haigus algas ja mis sellel ajal tähelepanemata jäänud.

Läbirääkimisel kahtleb H. Koppel selle juures, et haigemajas osteomyelitist ära ei tuntud; kaldub arvamisele, et siin mônesuguse arenemise veaga tegemist on. S. T.

Kirjandusest.

„Medicina“. Leedukeelne arstiteadusline kuukiri. Antakse välja Leedu kirjanduseseltsi arstlise sektsiooni ja Kowno arstideseltsi poolt ühiselt, viimase seltsi juures asutatud arstlise fondi kulul. Toimetajaks on röntgenoloog Dr. J. Žemgulys. Kolmanda aastakäigu (1922 a.) esimene nummer on järgmise sisuga:

Toimetaja: 1921 a. ülevaade ja tulevase 1922 a. ülesanded.

Dr. Mickus (Kowno): Eksperimentaalsed uurimised tetanus'e patogeneesi üle.

Dr. med. J. Erdmann (Schidikuose): Kopsutiisikuse arstimine kreosootguajacoolimentool-leukalypti sulatisega 30 % kamfori-ôlis.

Dr. Zach'arinas (Taurogen): Parkinson'i sündroom ja uued andmed corp. striat'i üle.

Dr. A. Karalias (Chikago): Ebaoskamatult toimetatud salvarsaani ja neosalvarsaani intravenöös-pritsimiste tagajärjed.

Dr. A. Karalias (Chicago): Gonorrhoilise eksostoosi juhus.

Dr. J. Staugaitis (Kowno): Dr. Aronson'i antistreptokokki-seerum erysipelas'i juures.

Dr. Jurelè (Ponewjesh): Äkiline kurttummaks jäämine.

Dr. Kalvaitzte (Kowno): I Leedu karsklaste kongress 28. ja 29. dets. 1921 a.

Uued kirjatööd

Referaadid (füsioloogiast, patoloogiast, sisehaigustest, ortopeediast, sünnitusabist ja günäkoloogiast, röntgenoloogiast, otorinolarüngoloogiast, oftalmoloogiast, uutest arstirohtutest, avalikust meditsiinist).

Väljamaalt.

Sôjaväe tervishoiuvalitsuse töödest.

Kroonika.

Kôik see mitmekesine sisu on mahutatud 48 oktaav-leheküljele, kus juures üksikud artiklid muidugi ôige lühikesed pidid saama (kôige pikem 8 lhk., kôige lühemad vähem kui üks lhk.). Ligikaudu üks kolmandik (15 lhk.) tervest numbrist on vôetud mitmekesiste referaatide alla (v. eespool) ja kogu väljaanne on korraldatud eestkätt praktiliste arstide tarvete kohaselt. Leedu keele kôrval ühtki teist keelt ei tarvitata, ka sisu-kokkuvôtetena ega artiklite päälkirjadena mitte. Silmapaistev, et ka karskuse-küsimus on vôetud

kuukirja eeskavasse; 6 lehekülge on I Leedu karskuskongressi kõnede — referaatidele antud ja kõnelejate seas figureerivad ka mõned arstid: Dr. Tercijonas, Dr. Karuza, Dr. Eretas; kongressi referendina kirjutab alla Dr. Kalvaitzte. Ka väljamaade arstlist elu pannakse erksalt tähele; muu seas on ka Eestist mitmel puhul varemalt toodud sõnumeid. Toimetaja Dr. Žemgulys käes mullu suvel isiklikult Tartus, meie ülikooli arstiteaduskonna korraldamistöödega tutvunemas, mille üle ta pärast omas lehes põhjalikult refereeris.

S. T.

Kroonika.

Eesti arstide biograafilise leksikon'i trükkimine on antud L. Schuhmacher'i trükikoja hooleks Berliinis, kus trükitakse kõik Urban ja Schwarzenbergi kirjastuse väljaanded, kui ka „Klinische Wochenschrift" ja „Therapie der Gegenwart". — Sel puhul pöörab teose auvääriline autor Dr. med. J. Brennsohn veel kord järgneva tungiva üleskutsega kõigi arstide poole Eestis *).

Kõrgesti austatud ametwennad ja -õed!

Olles palunud korduvalt Teie elulugusid koguteosele „Die Ärzte Estlands", ei ole mina neid seni mitte palju saanud. Teos peab aga sisaldama eneses kõikide Eestimaa arstide elulood, mitte ainult läinud aastasadadest, vaid ka praegu elavate. Mõtelge kui harva — nii kui näete, nüüd alles esimest korda peale 700 aastase arstlise töö meie kodumaal — ja missuguste suurte raskustega avaldatakse sarnaseid ajaloolis-eluloolisi töid. Peaksite Teie, praegu elavad, kelle jaoks ju töö kirjutatud, temas puuduma? Praegusel olukorral ei ole mitte võimalik iga üksiku kolleega poole pöörda kirjateel ja seegi, nii kui kogemused näitavad, mitte ikka ei vii sihile, vähemalt mitte kiiresti. Nüüd aga on asjal tõesti kiire taga! Juba on teose esimesed poognad trükis. Sellepärast võtke enesele nüüd veerandtunnikese aega, kirjutage lühikene curriculum vitae ja saatke see otseteed minule ehk aga selle arstiseltsi kirjatoimetajale, millesse kuulute. Täitke seda minu soovi, ma palun Teid südamest, ja tehke seda kohe! Siis saab teos „Die Ärzte Estlands" Teie ja minu rõõmuks olema ja iga Eesti arst saab, ma loodan, seda raamatut häämeelega kätte võtta võima.

Ametvennaliku lugupidamisega

Riga, Mühlenstrasse 64. Dr. J. Brennsohn.
4. märtsil 1922.

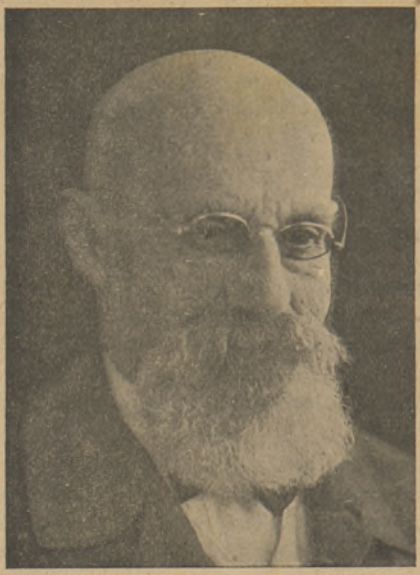
Väga austatud Eesti ajalehti kõigis keeltes palun väga seda üleskutset omil veergudel lahkesti avaldada. J. B.

*

Näitusena, kuidas sarnaseid autobiograafiaid kokku seada, toome autori enese eluloo tema koguteosest „Die Ärzte Livlands von ältesten Zeiten bis zur Gegenwart", lhk. 118:

*) Tõlge toimetuse poolt.

Brennsohn, Isidorus, geb. 15. Sept. 1854 zu Mitau als Sohn eines Kaufm., erhielt zunächt häuslichen Unterricht und bes. 68—75 d. Gymn. seiner Vaterstadt, welches er bei Gelegenheit des hundertjährigen Jubiläums desselben als Abiturient verliess, stud. 75—81 in Dorpat, war 81—84 Kirchspielsarzt zu Subbath in Kurland, von wo aus er die Materialien zu seiner Dissertation durch anthropologische Messungen an Litauern sammelte, promov. 31. Januar 1883; war zu seiner weitern Ausbildung 84—85 in Berlin, arbeitete 1886 in Leipzig bei Schildbach und Kölliker, 1889 und 1901 in Wien bei Lorenz, 1893 in Berlin bei Jul. Wolff. Seit 17. April 1885 lebt er als prakt. Arzt in Mitau, seit 1887 zugleich als Leiter und Besitzer einer orthopädisch-gymnastischen Anstalt. Während der Sommermonate 85—98 war er Arzt zu Dubbeln und Karlsbad am Rigaschen Strande. Am 25. November 1892 wurde er in den erblichen Ehrenbürgerstand erhoben und seit 25. September 1900 ist er Schularzt an der Dorotheen-Stadt-Töchterschule. Verheir. seit 12. Mai 1883 mit Clara geb. Herzenberg aus Mitau.



Dr. med. J. Brennsohn.

Diss.: Zur Anthropologie der Litauer. Dorpat 1883. 61 S. — Ueber den heutigen Stand der Scoliosentherapie. Pet. med. Woch. 1890 № 1. — Zur Casuistik der Myositis ossificans multiplex (progressiva). Berl. klin. Woch. 1892 № 46. — Ueber Celluloidmullkorsets. Pet. med. Woch. 1899. № 18. — Ueber die Frühsymptome und die heutige Behandlung der tuberkulösen Wirbelentzündung. Pet. med. Woch. 1901 № 42. — Die Aerzte Kurlands von 1825—1900. Ein biographisches Lexikon. Mitau 1902. 220 S. — Ein Fall von Einrenkung der vordern Schulterluxation nach Riedel. Berlin. klin. Woch. 1903 № 12. — Die Aerzte Livlands von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Ein biographisches Lexikon nebst einer historischen Einleitung über das Medizinalwesen Livlands. Mitau 1905.

Alb. acad. 9785 und Nachtr. — Dannenberg, S. 188. — Brennsohn, Aerzte Kurlands, S. 63.

*

Rahvusvaheline tervishoiu-konverents Varssavis (La conférence internationale d'hygiène à Varsovie). Balti riikide tervishoiu konverentsil Riias, 24.—26. II. s. a., kus tervishoiu konventsiooni eelnõu Balti riikide vahel harutamisel oli, teatas konverentsil viibija Rahvasteliidu esitaja, et kavatsus on kokku kutsuda Varssavis, eelkonverentsina Genuas kokkuastuva suure rahvusvahelise nõupidamisele, kitsapiirilisem tervishoiu konverents, millest osa võtaksid pääle Balti riikide ja Nõukogude Venemaa esitajate ka Lääne riikide esitajad. 20-mal märtsil astus see konverents Varssavis kokku. Eesti Vabariigi esitajatena sõitsid sinna Dr. A. Mõttus, prof. Dr. A. Rammul ja Dr. A. Lossmann.

*

Nõuandekoht emadele (Consultation des mères).

Tartu ülikooli lastekliiniku (Veski tän. 6) juures on avatud 3. jaan. s. a. alates Ameerika Punase Risti poolt nõuandekoht emadele, mis töötab iga päev 9—11, pääle laupäeva.

Nõuandekohas on tegevad järgmised isikud: Juhataja: dotsent A. Lüüs; nõuandekoha arst: Dr. Robert Sinka; õed: Anna E. Rowe (ameeriklane), Elisabet Muidu, Marta Jakobson; Ämmaemand: Anna Jüriado-Lagus.

Nõuandekohas käis	jaanuaril	I. korda	131	last
„	„ veebruaril	„	178	„
„	„ märtsil	„	115	„
	seega kokku	I. korda	424	last.

Üldiselt on käidud nõuandekohas kuni 24. märtsini s. a. 1028 korda. Raskejalgseid on registreeritud 69, neist on 26 sünnitanud.

Ülikooli lastekliinik avatakse esimesel aprillil 20 voodiga. Haigete laste jaoks on kolm suuremat ja kaks väikest tuba. Vastu võetakse ainult sisehaigustega lapsi, mitte milgi juhtumisel aga külgehakkavate haigustega.

*

Arstliste honoraaride küsimus (Question de honoraires médicales). Tallinna eeskujul on ka Tartu riigiasutuste esitajate koosolek, mis arstiabi andmise asjus 23. II. s. a. ära peeti, otsustanud tõsta arstide honoraarisid, arvates 1-sest märtsist s. a. järgmiselt:

Visiidi eest arsti juures päeval 100 m., öösel 200 m. Arsti visiit haige juures päeval 200 m., öösel 300 m.

Kui ühes perekonnas mitu haiget läbi vaadata tuleb, siis maksetakse iga järgmise päält 100 marka.

Voorimehe sõiduraha tasutakse arstile eraldi.

Operatsioonisid on lubatud teha ainult väiksemad ja keskmised, kuna suuremad operatsioonid kliinikus peavad tehtud saama.

Tasu operatsioonide eest saavad arstid 100 kuni 300 margani. Sünnitamise juures tehtud operatsioonide tasu on 100 kuni 1000 margani.

Sünnitamise puhul maksetakse arstile kahe esimese tunni eest à 200 marka tund ja iga järgmise eest 100 marka.

Öösi on maks kõrgem: kaks esimest tundi à 250 marka ja järgmised tunnid 150 marka.

Tunnistuse väljaandmise eest 100 marka. Surma ja rõugepanemise tunnistuse eest tasu ei makseta. Analüüsid 30—100 marka.

Arstimise juures tarvismineva sidematerjali eest maksetakse eraldi tegelikkude väljaminekute suuruses.

Tartu üld. haigekassa tõstis alles 1-sel sept. 1921 a. visiidi tasu arsti juures 40 marga päält 50 pääle, kus juures korduvad visiidid ikkagi 40 margaga tasutakse. Siin on küll meie mõlematel kohalikkudel arstiseltsidel põhjust ühiselt oma mõjuvat sõna ütelda selle vastu, et meie vana ülikoolilinnas arsti tööd — parema juukselõikaja kohaselt tasutakse. Siin ei ole mitte ainult meie arstkonna ainelised huvid kaalu pääl, vaid midagi palju olulisemat — meie seisuse prestiish. Küsimus ongi Tartu Eesti arstide seltsis üles võetud ühes üld. haigekassaga vahekorra määramise küsimusega.

Maad jaoskonna-arstidele (Terrain pour les médecins de campagne). Tartu maakonnavalitsus sai hiljuti ühelt lõunapoolselt jaoskonna-arstilt kirja, kus tähelpanu juhitakse maade äravõtmise pääle maakonna arstidelt. Nimelt olevat maa neile arstidele isaäranis tähtis, kes kaugel alevitest ja vaksalitest elavad, kus turgu peetakse ja kust toiduaineid võimalik osta. Ka peab iga jaoskonna-arst omale hobust pidama, et kiirelt oma ametikohuseid täita. Ka peab iga arst vähemalt ühe lehma enesele pidama ja kõigeks selleks läheb maad tarvis.

Sellepärast arvatakse tarvilikuks juba lähemal ajal jaoskonna-arstide koosolekut selles asjas ära pidada.

Selles asjas ongi juba Tartu maakonnavalitsus tervishoiu peavalitsuse poole pööranud, et see tarvilikke samme Valitsuse ees astuks. S. T.

Toimetuse teadaanded.

Väike palve austatud collega'dele: Tahaksime tuua võimalikult lähemas numbris ülevaate Eestis asuvate resp. Eestist päritolevate autorite arstiteaduslistest teostest, mis ilmunud eri-ajakirjades ehk iseseisvate väljaannetena, ükskõik mis keeles. Palume kõiki austatud collega'sid kes midagi on avaldanud, teatada meile oma teose päälkirja, ilmumise aja ja koha ja võimalikult saata äratõmbed toimetusele, edaspidiseks retsenseerimiseks.

*

Väljaannete vahetusesse on „Eesti Arst", pääle seniste, veel järgmiste teadusliste asutuste ja väljaannetega astunud:

18) Eesti Rahva Muuseum.
19) Tartu linna-raamatukogu.
20) Helsingi ülikooli arstiteaduslikud toimetused.
21) Riia „ „ „
22) Kovno „ „ „
23) Varssavi „ „ „

Toimetusele saadetud kirjanduse nimekiri ilmub lähemas numbris.

„Tulev Eesti"

karskuskultuuriline ajakiri, hakkas ilmuma uuel aastal, kuus üks nummer, vähemalt üks trükipoogen.

„Tulev Eesti" sisaldab järgmisi osakonde:

1. Põhimõttelised kirjutused karskusküsimuse erikülgede ja nende vahekorra kohta teiste kultuurküsimustega. 2. Karskus-haridustöö: karskus, tervishoid ja sport; karskus ja kunst; karskus ja religioon. 3. Ilukirjandus. 4. Alkoholi seadusandlus. 5. Karskusliikumine kodu- ja väljamaal (eriti noorsoo keskel). 6. Karskuskirjandus. 7. Ajakirjanduse ülevaade. 8. Teated kohtadelt. 9. Toimetusele tulnud kirjad; küsimused ja vastused; kirjavastused. 10. Kuulutused.

„Tulev Eesti" ilmub Karskusseltside Kesktoimkonna väljaandel ja dots. W. Ernits'i vastutaval toimetusel.

Tellimise hind aastas 180 marka, 1/2 aastas 90 marka, 1/4 aastas 45 marka, üksik nummer 15 marka.

Toimetuse ja talituse aadress: „Tulev „Eesti", Tartu, postkast 86. Telefon 404.

Prof. Dr. med. H. Koppel

E. V. Tartu ülikooli Rektor magnificus

I Eesti arstide Kongressi President.