

# EESTI ARST

ILMUB ÜKS KORD KUUS

EESTI ARSTIDE LIIDU HÄÄLEKANDJANA

**№ 10.**

Tartus, Oktoober 1922.

I. aastakäik.

## Toimetuse poolt.

Eelolev „Eesti Arsti“ number ilmub Põhja-Balti Arstide-seltsi 10-aastase asutamispäeva puhul. 10 aastat on lühikene aeg seltskonna elus ja siiski — kui palju on läbi elatud nende aastate kestes! Elu aga ruttab, tormab edasi, vaevalt mahti andes peatada ja pilku heita käidud tee ja tehtud töö pääle.

Ei ole Põhja-Balti Arstideseltsil, mis 1918. a., ühes Põhja-Balti mõistega, hingusele läks, suuremaid teeneid üleüldsuse ees. Selleks oli aeg liig lükike, olukord liig muutlik ja ärev. Siiski tähendab tema asutamine vähemalt meie Eesti arstide elus tähtsat pööripäeva: sellest päevast õieti dateeribki organiseeritud Eesti arstkond, mis omale teed murdma pidi nii suurte väliste raskuste kiuste. Nüüd, kus need viimased täielikult murtud, seisab meie ees uus ja suurem ülesanne: tõendada oma seesmist kandejõudu praeguses avaras, kuid seda suuremaid kohustusi meile päälepanevas olukorras. Päril tuleproov selles mõttes seisab meil, Eesti arstidel, nii kui kogu meie noorel Eesti vabariigil, alles ees! Tänulikult mälestades viimase 10 a. jooksul tehtud tööd ja töötajaid meie arstkonnas, tuleb meil ühtlasi oma sihitähised üles seadi ikka kaugemale ja kõrgemale ja siis seda suurema hoo ja visadusega — edasi!

S. T.

# 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, au 2—4 decembre 1921. Résumé du secrétaire général.)

(Järg.)

## Sektsioon II<sup>a</sup>: Kliiniline meditsiin. Section II<sup>a</sup>: Médecine clinique.

Koosolek 4. detsembril 1921, kell 9 hom. zoologia instituudi auditoriumis.

Koosoleku avab sektsiooni juhataja prof. Dr. K. Konik. Ajuhatajateks valitakse prof. Dr. K. Dehio Tartust ja Dr. K. Sibul Tallinnast. Sekretärid: Drd. med. Lindeberg ja Drd. med. Toomingas Tartust. Kantakse ette järgmised 8 eeskavakõnet:

74) Dr. Kropmann-Tartu: Патологическія данныя к вопросу о развитіи нарывов спинного мозга при травматическом его поврежденіи (Dates pathologiques de la question du développement des abcès de la moelle épinière à sa lésion traumatique). Kõne sekretariaati mitte sisse antud.

### Läbirääkimised. Diskussion.

Puusepp: На микроскопических препаратах видны измѣненія гліозныхъ клѣтокъ не только вблизи нарыва, но и далеко от него. Оказывается, что всѣ явленія мѣлнца зависѣли от нарыва.

Bresowsky stellt die Frage, ob die im gegebenen Fall beschriebenen klinischen Symptome der Myelitis nicht einfacher durch ein den Abszess umgebendes Ödem zu erklären wären, als durch eine Gliawucherung.

Dehio fragt, ob die klinischen Erscheinungen nicht durch eine Kompression seitens der Knochensplitter zu erklären seien?

Puusepp erklärt, dass auch der Kompression eine Bedeutung zukommen könnte, aber aus den mikroskop. Präparaten gehe es hervor, dass dem Rückenmarksabszess die ausschlaggebende Bedeutung zukommt.

\*

### 75) Prof. Dr. K. Dehio: Über Proteinkörpertherapie.

In den letzten 5 Jahren hat die sog. Proteinkörpertherapie viel von sich reden gemacht. Die Zeitschriften sind voll von glücklichen Heilerfolgen, die durch die Einspritzung von Nukloïn, Kresoïn, Albumin, einfacher Milch und anderen Stoffen bei den verschiedensten Infektionskrankheiten und auch bei manchen nicht bakteriellen Erkrankungen erzielt worden sind.

Da die meisten der benutzten Mittel in die Gruppe der Eiweissstoffe gehört, so ist der Name Proteinkörpertherapie glücklich und bezeichnend.

Ich bin der Erste gewesen, welcher die subkutanen Einspritzungen von Porteinen zu therapeutischen Zwecken benutzt hat. Ich habe schon im J. 1904 auf dem Kongress für innere Medizin in Leipzig Mitteilungen gemacht über therapeutische Versuche, die ich gemeinsam mit meinen Assistenten Ackel, Soonets, Ling und Rothberg angestellt habe über die Wirkung von Bakterienproteinen, Deuteroalbumose und Witteschem Pepton bei verschiedenen Krankheiten.

Ich bin dabei von klinischen Erfahrungen und Gesichtspunkten ausgegangen.

Im Jahre 1891 führte Robert Koch sein neuerfundenes Tuberkulin in die Therapie der Tuberkulose und des Lupus ein. Bei der letzteren Krankheit waren unzweifelhafte Heilwirkungen vorhanden, aber die definitiven Erfolge doch mangelhaft und Rezidive die Regel.

In demselben Jahr wandten Dr. Truhart und Dr. Schwarz in Fellin das Tuberkulin gegen Lepra an mit demselben Erfolg zeitweiliger Besserung ohne definitive Heilung.

Sodann habe ich im J. 1899 die proteinhaltigen Extrakte des Bacillus prodigiosus und des Bacillus pyocyaneus bei Lepra und Lupus versucht und dabei wiederum zwar temporäre Besserungen aber keine Heilung erzielt. Im Jahre 1900 hat Ling dieselbe Erfahrung bei der Behandlung der Lepra mit Deuteroalbumose gemacht.

Endlich hat Rothberg im J. 1904 verschiedene Krankheiten, vor allen Dingen den Lupus mit Pepton behandelt; das Resultat war, dass man bei der letzteren Krankheit wohl vorübergehende Heilung und Überhautung der lupösen Geschwüre erreichen kann, aber keine endgültige Heilung. Bei der Tuberkulose der inneren Organe waren keine Erfolge zu erzielen, wohl aber häufig, wenn auch nicht immer, auffallende und überraschende Heilerfolge bei Gonorrhoe, Epididymitis, ulcus molle, Bubo, gummösen und chronischen Unterschenkelgeschwüren und bei Erysipel.

Im Allgemeinen muss man sagen, dass die Erfolge wechselnd und unzuverlässig sind und dass noch Erfahrungen gesammelt werden müssen, bevor die Proteinkörpertherapie Gemeingut der praktischen Aerzte werden kann.

Aber in theoretischer Hinsicht ist diese Behandlungsmethode doch vom grössten Interesse.

Es fragt sich, welche Tatsachen als feststehend betrachtet werden können?

Zunächst ist sicher, dass das Tuberkulin (Alttuberkulin von Koch) eine spezifische Wirkung auf tuberkulöse Prozesse ausübt, weshalb es ja auch zur Diagnose derselben verwandt wird. Daneben hat es aber auch die Fähigkeit in nicht spezifischer Weise auf die Lepra und wahrscheinlich auch auf andere Krankheiten einzuwirken.

Zweitens habe ich festgestellt, dass die proteinhaltigen Extrakte auch anderer Bakterien, z. B. des prodigiosus und des pyocyaneus sowohl auf den Lupus wie auf die Lepra heilende Einflüsse auszuüben vermögen.

Drittens haben wir gezeigt, dass Deuteroalbumose und Witte'sches Pepton wesentlich dieselbe Wirkung auf Lupus, Lepra und eine ganze Reihe anderer bakterieller Infektionskrankheiten ausüben, indem sie in den Erkrankungsherden eine reaktive zur Heilung tendierende Entzündung (sog. Handreaktion) hervorrufen, die von einer fieberhaften Allgemeinreaktion begleitet ist.

Für das Tuberkulin sind diese Reaktionen schon lange bekannt; von Wichtigkeit ist aber, dass sie auch für die anderen von mir geprüften Stoffe ihre Geltung haben, so dass wir daraus auf eine allgemeine Eigenschaft aller Proteinstoffe schliessen können, sofern sie auf parenteralem Wege, also z. B. durch subkutane Einspritzung, in den tierischen oder menschlichen Organismus eingeführt werden.

Alle von mir geprüften Proteinstoffe bakteriellen und nicht bakteriellen Ursprungs haben das Gemeinsame, dass sie, wie wir sehen, umfassende allgemeine nicht spezifische Heilwirkungen bei vielen verschiedenen, durch organisierte Krankheitserreger hervorgerufenen Infektionskrankheiten ausüben. Diese Heilwirkungen kommen dadurch zu Stande, dass die eingespritzten Proteinstoffe eine reizende Wirkung auf das Zellprotoplasma des erkrankten Organismus und speziell der lokalen Erkrankungsherde ausüben, wodurch das Protoplasma zu einer erhöhten Tätigkeit angeregt oder aktiviert wird. Diese erhöhte Tätigkeit äussert sich darin, dass das Protoplasma, nachdem es mit den Krankheitserregern und deren Toxinen und Endotoxinen in Berührung gekommen ist, zu einer verstärkten Produktion von Antikörpern angeregt wird.

Diese Reizung und Aktivierung des Protoplasmas erfolgt besonders intensiv an den Körperteilen und Organen, welche direkt, lokal von den Bakterien und ihren Antigenen (Toxinen und Endotoxinen) angegriffen werden, also an und in den lokalen Krankheitsherden, wie z. B. in den Lupusgeschwülsten und den Lepraknoten. Da entstehen Antitoxine, bakterizide Stoffe u. s. w., sowie chemotaktische Wirkungen, die zur Anhäufung der Leukocyten in und um den Erkrankungsherd führen und die Phagocytose hervorrufen. So kommt es zur Herdreaktion. Andererseits treten die in den Körperzellen gebildeten Antikörper ins Blut über und erzeugen hier durch den Abbau der eingespritzten Proteinsubstanzen pyrogene Stoffe, die die fieberhafte Allgemeinreaktion hervorrufen.

Wir dürfen aber nicht vergessen, dass die parenteral eingeführten Proteinsubstanzen zwar die im kranken Organismus tätigen immunisatorischen Vorgänge anzufachen vermögen, dass sie aber nicht im Stande sind von sich aus die Produktion von spezifischen Antikörpern oder Immunkörpern hervorzurufen. Hierzu sind natürlich nur die Krankheitserreger in lebendem oder totem Zustand (Vaccinen) und die in ihnen enthaltenen oder von ihnen ausgeschiedenen Antigene (Toxine, Antitoxine u. s. w.) befähigt. Wo aber die Produktion von Antikörpern und der Kampf der Phagocyten gegen die Krankheitserreger schon im Gange ist, da kann die Energie, mit der die Körperzellen ihre Antikörper produzieren und mit der die Phagocyten ihren Vernichtungskampf gegen die Krankheitserreger führen, durch die Proteinstoffe gewaltig erhöht und so der Sieg des Organismus über die eingedrungenen Bakterien ermöglicht oder wenigstens beschleunigt werden. Es ist Weichardts Verdienst diese Leistungssteigerung der Körperzellen, die er als Protoplasmaaktivierung bezeichnet, durch das Tierexperiment belegt und nachgewiesen zu haben.

Andererseits wissen wir, dass der tierische Organismus auf die parenterale Einverleibung von Pepton oder Albumosen mit der Produktion von spezifisch auf diese Stoffe eingestellten Amboceptoren reagiert. Diese Amboceptoren sind aber nicht zu verwechseln mit denjenigen Antikörpern, welche

speziell auf die im gegebenen Krankheitsfall in den Körper eingedrungenen Bakterien und auf deren Antigene abgestimmt sind, und haben auf die letzteren keinerlei Einfluss.

Dasselbe gilt auch von den Bakterienproteinen, welche in meinen Prodigiosus- und Pyocyaneusextrakten vorhanden sind, sowie auch vom Tuberkulin (Alttuberkulin), welches bekanntlich die Stoffwechselprodukte und die wasserlöslichen Extraktivstoffe der Tuberkelbazillen enthält.

Wir stehen also vor der Tatsache, dass sowohl die in den Bakterienextrakten enthaltenen pathogenen und nicht pathogenen Proteine wie auch die Eiweisskörper nicht bakteriellen Ursprungs das Gemeinsame haben, dass sie den Organismus zur erhöhten Aufbietung seiner Abwehrkräfte, mögen sie nun von Natur vorhanden oder auf spezifischem Wege erworben sein, durch Protoplasmaaktivierung antreiben und andererseits auch spezifische Wirkungen ausüben, indem sie die Produktion spezifischer Antikörper wachrufen.

Es ergibt sich hieraus die Anschauung, dass alle diese Stoffe nach ihren biologischen Eigenschaften und Fähigkeiten und nach ihrer pharmakodynamischen Wirkung eine gemeinsame Gruppe bilden.

Ein Beispiel mag die Sache erläutern.

Die Tuberkelbazillen produzieren Toxine und Endotoxine, welche den Menschen tuberkulös machen; sie wirken infektiös, indem sie sich vermehren; zugleich rufen sie durch ihre Toxine und Endotoxine, welche als Antigene wirken, die Produktion der Antikörper wach. Das ist ein spezifischer Vorgang. Diesen spezifischen Vorgang wollte Koch durch die Einspritzung des Tuberkulin, in welchem ja ein Teil der tuberkulösen Antigene vorhanden ist, befördern. Zugleich hat aber das Tuberkulin auch eine allgemeine anregende Wirkung auf das Protoplasma der Körperzellen der nicht tuberkulösen Menschen. Das wissen wir aus den Versuchen an den Leprösen, deren Abwehrkräfte durch das Tuberkulin ebenfalls gestärkt und angefacht werden.

Auch das Pepton wirkt auf den Körper des Menschen als ein spezifisches krankmachendes, fiebererregendes Antigen. Aber es ist nicht vermehrungsfähig und wirkt daher nicht infektiös, sondern toxisch, aber es feuert ebenso, wie das Tuberkulin die Bildung von Abwehrkräften sowohl im leprösen wie im tuberkulösen Organismus an.

Wir kommen also zu folgendem Schluss:

Die durch die Proteine wachgerufenen biologisch-chemischen Vorgänge sind bei allen diesen Stoffen wesentlich die gleichen. Sie sind nur zum Teil spezifischer Natur, zum anderen Teil aber von allgemeiner, einheitlicher, nicht spezifischer Art. Diese letztere bei allen Infektionskrankheiten zur Geltung kommende Wirkung ist es, die wir bei der Proteintherapie auszunutzen bestrebt sind.

#### Läbiräakimised. Diskussion.

Bettac hat 1907 auf Veranlassung von Prof. Dehio den Einfluss von subkutanen Peptoninjektionen auf den Komplementgehalt von Meerschweinchen und Kaninchen untersucht und dabei feststellen können, dass, wie schon durch die Versuche von Wolf und Wassermann wahrscheinlich gemacht worden war, der Komplementgehalt durch Peptoninjektionen erhöht wird. Auch der Gehalt von natürlichen Ambozeptoren schien zu steigen. Wir müssen wohl die Heil-

wirkung des Peptons in 2 Komponenten zerlegen: 1) in eine Komplement-steigernde, die auf eine spezielle Peptonwirkung zurückzuführen ist; 2) in eine den Ambozeptagehalt erhöhende Komponente, die auf die allgemeine Fieberwirkung zurückzuführen ist.

Lepp: Ei või nimetamata jätta üht bakterioloogilisel kindlakstehtud anthrax'i juhtumist, kus haige lootuseta seisukorras voodis lemas, kuna korduvate normaalsel hobuse seerumi naha alla pritsimise järel haige kiiresti paranema hakkas: mõistus läks selgeks ja nekrootilised pesad muutusid puhtaks. See hää tagajärg annab mulle edaspidisteks katseteks julgust ja soovitan ka teistel ametivendadel seesugust teraapiat katsuda.

Pusepp: В невропатологии я применял лечение впрыскиванием молока эпилепсии, множественного склероза и хорев и во всех случаях особо хороших результатов не получил, хотя при эпилепсии получилось некоторое улучшение умственных способностей.

Rothberg: Ich kann mich im Allgemeinen den Ausführungen anschließen. Nur einige Worte für die Praxis. Auch ich muss vor unnützen Hoffnungen warnen. Noch in letzter Zeit habe ich mit Dr. Peterhof in einer Reihe von Dysenteriefällen Milch nach der Empfehlung von Dölleke injiziert. Meine therapeutischen Erfolge waren negativ, sofern es sich um schwerere Fälle handelte, ebenso in einigen Fällen von Endocardites und Sepsis. Bei der Proteinkörpertherapie handelt es sich natürlich nur um unspezifische, gelegentlich zu beobachtende Heilerfolge. Ich erinnere noch daran, wie vor kurzem Bickel die Grundlagen der Diphtheriebehandlung erschüttern wollte, indem er behauptete, normales Pferdeserum leiste dasselbe. Dieses ist glänzend widerlegt, obwohl man nicht bestreiten kann, dass auch Normalserum gelegentlich eine Wirkung zur Folge hat.

Loewe weist darauf hin, wie die „Proteinkörper“-therapie, die „omnicellulären“ Wirkungen, eine Brücke zwischen der reinen Empirie und der experimentellen Schulpharmakologie zu schlagen berufen ist. Sie ist die unspezifischste aller Arzneiwirkungen und vermag doch hochspezifische Wirkungen hervorzurufen, wie sie der mit der heutigen Pharmakologie Unzufriedene und der Homöopath nur bei „spezifischen“ und im Laboratorium nicht fassbaren Mitteln sucht.

Kress: Als praktischer Arzt möchte ich 2 Erkrankungen anführen, bei denen mich die Proteinkörpertherapie noch nie verlassen hat, Bubo und gonorrh. Komplikationen (Arthritis gon. und Epididymitis). Fälle, die wochenlang ohne Resultat behandelt waren, gehen auf 1—3 Injektionen blitzartig zurück. Bei anderen Erkrankungen, insbes. Erysipel, waren die Resultate sehr wechselnd.

Dehio bittet die Kollegen nur ruhig weiterzuspritzen und auch die Misserfolge zu veröffentlichen. Mehr als 20—30 Injektionen werden nicht vertragen. Besonders betont Ref. ihre Bedeutung speziell bei Lupus.

\*

76) Prof. Dr. L. Pusepp-Tartu. О пересадкѣ корешков спинного мозга при вялых параличах (Sur la transplantation des racines de la moelle épinière chez des paralysies lâches). В этих случаях детского спинномозгового паралича, гдѣ послѣдній захватывает большое количество мышц, напр. всю нижнюю конечность и когда ортопедическое лечение не приносит пользы, докладчик применил в 4 слу-

чаях пересадку соответствующих корешков к вышележащим. Операция состояла в ламинэктоми, в перерѣзкѣ 2, 3 и 4 поясничных корешков и 11 и 12 нижних грудных и трансплантаціи поясничных 2 и 3 к 11 и 4 к 12 грудному корешку. — В 3 случаях больные находились от 3 до 14 мѣсяцев под наблюдением послѣ операци и в 2 случаях, гдѣ наблюдение продолжалось 11—14 мѣсяцев, удалось замѣтить движеніе в парализованных до того мышцах и объем конечности увеличился, т. е. можно было говорить о возстановленіи проводимости. В 1 случаѣ наблюдение продолжалось всего 2 мѣсяца и можно было у мальчика 8 лѣт наблюдать повышеніе как бы тонуса мышц, но движеніе еще не обнаружено. В тѣх случаях, гдѣ операция произведена в концѣ 2 года послѣ начала болѣзни, результаты получились больше и скорѣе, чѣм при операци спустя 2 и больше лѣт послѣ начала болѣзни. В одном случаѣ при поврежденіи конского хвоста (паралич нижн. конечностей и пузыри) произведено автором трансплантаціи средней части конского хвоста к 12 нерву грудному и спустя 2 мѣсяца, недержание мочи исчезло и появилось чувствительность в промежности.

Эти факты указывают, что безусловно является возможным трансплантировать корешки спинного мозга, но докладчик пока воздерживается от каких либо заключеній, так как считает необходимым прослѣдить больший промежуток времени своих больных и накопить еще материал для установленія, как условій возстановленія нервной проводимости, так и показаній к оперативному вмѣшательству экспериментальныя данныя Krevington'a, Vidol'я и Бурденко касаются главным образом инхираціи пузыря, но в всяком случаѣ можно думать, что возстановленіе спинных корешков безусловно происходит.

Относительно свѣже перерѣзанных корешков вопрос о возстановленіи проводимости не подлежит сомнѣнію, так как приходится иногда производить временную резекцію корешков с послѣдующим швом их и всегда наблюдается возстановленіе проводимости. Эти опыты первых операци убѣждают нас в том, что эти операци технически выполнимы и что возстановленіе проводимости безусловно имѣет мѣсто, но насколько велика это возстановленіе и насколько широко приспособляются новые пути к новой своей работѣ — это покажут только дальнѣйшія наблюденія.

#### Läbirääkimised. Diskussion.

Mintz: Es fehlt der Beweis, dass die minimale Besserung wirklich ein Resultat der Plastik und nicht von Veränderungen im Rückenmark ist. Die Bewegungen im Unterschenkel in sitzender Stellung, die, wie angegeben, gering sind, sind ebenfalls nicht massgebend. An den peripheren Nerven wissen wir, dass Verwachsen und Leiten nicht zusammenzufallen brauchen, dass der Misserfolg das Gewöhnliche ist. Wenn man annimmt, dass bei der beschriebenen Wurzelplastik Leitung eingetreten ist, so müsste der motorische Ausschlag an der Peripherie ein bedeutend ausgedehnter sein, da ja die Operation hoch oben an den Nervenkelbln angreift.

Kron begrüsst die interessanten Versuche des Votr. vom Standpunkte des Physiologen. Vom Standpunkte des Klinikers verspricht er sich nicht viel von dieser Behandlung bei der Poliomyelitis ant. chron., wo die Heilungsvorgänge auf viele Jahre sich erstrecken können. Ob nicht in manchen Fällen



die Lamektomie als solche, ähnlich der Laparotomie bei der Peritonitis tuberculosa, gewisse Heilungsvorgänge anregen kann.

Риузерр не считает ламинэктомию тяжелой операцией, если она произведена на здоровом позвоночнике. Что кажется операции корешков, то временная перерывка последних и затѣм шов переносится больными легко и хорошо, чувство восстанавливается, Реф. не разделяется пессимистических взглядов Dr. Alksne о регенерации периферич. нервов. Все зависит от техники и случая, кот. произведены им, убѣждают его в необходимости первнаго шва.

\*

77) Dr. J. Kron-Riga: **Ueber Halsrippen.** Eingehender Bericht über einen in Riga beobachteten Fall, der Ref. Anlass giebt zur strittigen Frage über das operative Eingreifen bei Halsrippen mit Zirkulationsstörungen Stellung zu nehmen. — Veröffentlicht in der „Deutschen Medizin. Wochenschrift“ № 29. 1922.

In der Diskussion erläutert Mintz die springenden Punkte und Schwierigkeiten der Operation, wie sie ihm bei dem berichteten Fall entgegengetreten sind.

Риузерр: У меня было 5 случаев подобных. Эти случаи проходят часто под видом профессиональных невралгий, пока наконец при излѣдовании оказалось шейное ребро. Поэтому я вполне присоединяюсь к мнѣнію докладчика, что таких случаев много, нужно в этом отношении нам невропатологам быть очень осторожным с диагнозом профессиональной невралгии. Я в таких легких случаях применял обычно особого рода держатель спины, чтобы отвести назад лопатки и таким образом устранял давление.

\*

78) Drd. med. W. Lindeberg-Tartu: **Trauma tähendus tuberkuloos ajukestade põletiku arenemises** (Lésions traumatiques et meningitis tuberculosa).

Veel mõni aastakümne tagasi eitati täielikult sidet trauma ja tuberkuloos-meningiidi vahel. Henoх näit. kirjutab: „Traumat põhjuseks lugeda niisugusel korral, iseäranis pää pääle kukkumist, mis lastevanemate poolt ikka ette tuuakse, on harilikult enesepettus ja juhusline nähtus“.

Kliiniliste ja experimentaalsete andmete põhjal aga selgus viimase 15 a. jooksul, kui suurt osa mängib trauma luu- ja jätkutiisikuse ja teatavatel tingimistel ka kopsutiisikuse esiletulekus. Multanowski tegi eksperimentaalselt kindlaks, et isegi lihaksed, mida tuberkuloosile immuuniks loeti, võivad trauma mõjul tuberkuloosi haigeks jääda.

Et tuberkuloos-meningiiti kui trauma tagajärge kriitiliselt valgustada, peab silmas pidama, et terve organismis ainult trauma abil tuberkuloosi haigus tekkida ei või, vaid alustingimine selleks on — tuberkuloosi pesa leidumine kopsudes, lümfaatilises apparadis või teistes kehaosades. Võib ka pääajus tuberkuloos sõlm olla, mis ennast varemalt kliiniliselt tunda ei annud. Tähtis on aja kindlakstegemine, mis trauma momendist kuni kliinilise tuberkuloos-meningiidi pildi väljaarenemiseni mööda läks. Mitte harva, iseäranis kohtumeditiinilises praktikas, tõuseb küsimus, kas võib 2—3 päeva pääle traumat täieline tuberkuloos-meningiidi pilt areneda? Eksperimentide kui ka kliiniliste tähelepanekute põhjal on selgunud et haigus kindlaks kujuneb mitte enne

10—11 päeva pääle trauma, mõnikord koguni palju hiljem. Teisest küljest on aga võimata kindlaks määrata äärmist tähtaega, millal veel tuberkuloos-meningiidi arenemist traumaga ühendusesse panna tohiks: pääle pääluu traumat näit. võib selle põhjal üks ehk paar tuberkuloos sõlme areneda, mis ennast absoluutselt mitte millegagi tunda ei anna, kuid aeglaselt rohkearvulisemaks saavad ja ainult mitme kuu pärast, ja veelgi hiljem väljaarenenud tuberkuloos-pildi esile kutsuvad. — Edasi äratab huvi küsimus, kuidas kliiniliselt ette kujutada enesele ühendust trauma ja tuberkuloos-meningiidi vahel? Siin sünnib Merki arvamise järele seesama, mis teistes kehaosades. Raske keha põrutuse juures saavad tuberkuloos pisilased omast pesast ajutise vere ehk mahla tsirkulatsiooni korratuse läbi välja uhetud; nad satuvad trauma läbi vigastatud aju osade pääle, kus väikesed verevalangud ei puudu. — See küsimus, miks tuberkuloos-meningiit, ka traumaatiline, peamiselt basaal osas lokaliseerit, on praeguse ajani vastamata. Vahest oleks siin järgmine seletus võimalik: Tiisikuse bakteerid arenevad peamiselt niisugustes kehaosades, kus vereringvool aeglane on; seega iseäranis on neile hääks arenemise kohaks pääaju põhja laiad tsisternid. Siin nemad kutsuvad alguses eksudaadi esile, ja pärast tuberkuloos sõlmekeste arenemise, milleks muidugi teatavat aega tarvis on (mitte vähem kui 10—12 päeva).

Kõike kokku võttes võib seega leida terve rida juhtumisi, kus ühendus tuberkuloos-meningiidi ja trauma vahel vastuvaidlemata tõsiasi on, kuigi literatuuri andmete järele see protsent õiete väike on. Fischer, Leipzgis, korjas kokku 20 aasta materjali, kokku 260 tuberkuloos-meningiidi juhtumist, millest ainult kolmel anamneesis traumat, kui meningiidi põhjust, nimetati. Silmas pidades aga, et ainult akuut juhtumistel võime meie haige poolt oodata trauma nimetamist, kuna pikaldastel juhtumistel väga sagedasti eelkäänud trauma tähelepanemata jäetakse, võib arvata et see % tõepoolest suurem on. — Toon nüüd ühe meie kliinikus ettetulnud tuberkuloos-meningiidi juhtumise ette, mis ka eelolnud traumaga ühendusesse tuleb panna:

Jüri S., 26 a., sõdur. Isa ja üks õdedest on tiisikuse kätte surnud. Haige ise kõhis harva, üldiselt käesoleva ajani terve olnud. Veebruari kuu esimesil päivil kakkus temale ühe arsina kõrgusel kaevu blokk-ratas pääle ja andis kaunis tugeva jõuga hoobi lagipähe. Meelemärkust selle juures ei kaotanud, nahahaava naha ei olnud. Paar päeva hiljem kannatas päävalude all, mis iseäralist vaeva ei teinud. 7-al veebruaril ilmusid juba vaikihud päävalud uuesti, seekord raskel kujul ühes külmavärinatega. 8-dal tundis end niivõrd haige olevat et voodi heitis. Paar kord oli südame põõritus, kuid ei oksendanud. Kliiniku vastuvõtmisel kaebab suurte päävalude üle. 18. II. Status: Haige lamab poolkinniste silmiga, aeglaselt ja apaatiliselt vastab küsimiste pääle.  $t^{\circ}$  — 37,9, puls — 102. Silmaterad keskmiselt-ühelaised, reageerivad hästi valguse pääle. Naha ja kõõlusrefleksid loomulikkes piirides. Babinsky puudub. Tundlikkus intakt. Kaela lihaksete kangustus nõrgalt väljendatud, Kernigi sümptoom kergelt positiiv. Kõht sugu sissetõmmatud, valutatu. Pahemas kopsus teise ribivaheni — tumestus; auskulteerides kuulda krepiteerivaid peenemullilisi raginaid ja nõrgendatud hingamist. Paremas tipus, iseäranis taga, kare exspirium. Sputum'is palju tbc. kepikesi. 26 II. Oksendamine, selge Kernig, teravalt väljendatud epistotonus, päävalud, iseäranis kukla piirkonnas. Aeglaselt kuid selgelt vastab küsimiste pääle. 28. II. Lumbaalfunktsioon, 10 kubikut selget läbipaistvat vedelikku Nonne-Apelt nõrk-positiiv, 8—9 lümfocüüti vaateväljas. 7bc-kepikesi leida ei ole. — 2. III. Äkiline halvenemine. Küsimiste pääle vastab selgelt, rohkem ammumisega. 4. III. Meelemärkusetu olekus. Nõo-lihaksetes tõmbed. Silmaterad laienenud, halvasti reageerivad valguse pääle. Põlve ja Achillese kõõlusrefleksid puuduvad. 6. III. Exitus letalis. Sektsiooni juures oli leida subakuut-tuberkuloos protsess mõlemates kopsu tippudes ja basaalne tuberkuloos-meningiit. Iseäralisi teravaid muutusi lagipää piirkonnas, mis hoobi all kannatas, leida ei olnud, välja arvatud pehme aju-kesta tumenemine siin ja mujal, ja infiltratsioon, iseäranis suuuste kohal kui ka veresoonte külke mööda.

Kokkuvõttes näeme seega, et trauma läbi väljakutsutud tuberkuloosmeningiidi juhtumised tõesti olemas on. Rohkem akuut iseloomuga juhtumised annavad kliiniliselt arenenud pilti mitte enne 10—11 päeva; aeglase käiguga juhtumistel varemalt olnud trauma juures, iseäranis pää piirkonnas, ei tohi trauma ja meningiidi ühendust eitada ka mitme kuu jooksul pärast trauma saamist.

**Resumé:** Nach allgemein einleitenden Bemerkungen wird ein Krankheitsfall angeführt: 26-jähr. Soldat, mittelschweres Trauma der Parietalgegend durch ein Blockrad Anfang Februar 1921. Bei der Aufnahme in die Nervenklinik am 18. II. (10—16 Tage nach dem Trauma) klinische Symptome einer Meningitis: heftige Kopfschmerzen, Übelkeit, leichte Nackenstarre, schwach positiver Kernig. Unter zunehmender Verschlimmerung Exitus let. am 6. III. Sektion ergab Tbc. beider Lungenspitzen, basale tuberkulöse Meningitis ohne ausgesprochene Veränderungen in der Parietalgegend.

#### Läbirääkimised. Diskussion.

**Rothberg:** An eine gewissermassen mechanische Wirkung des Traumas bei der Entstehung der Meningit. tbc. ist schwer zu glauben, es sei denn, dass eine direkte Verletzung eines tuberk. Herdes stattfindet. Einmal beobachtete ich im Anschluss an die Operation einer vereiterten tbc. Drüse das Auftreten der ersten Symptome des Meningit. nach etwa 8—10 Tagen. Vielmehr glaube ich, dass das Trauma die Immunität (die nach einer tuberk. Infektion aufgetreten ist) in demselben Sinne ungünstig beeinflusst wie gewisse Krankheiten (Morbilli, Pertussis), nach denen bekanntermassen die bis dahin schlummernde tbc. Infektion mobil wird.

**Luiga:** Meningitis tuberculosa formes frustes on väga sagedased ilma ilmseid kliinilise sümptooe andmata. Sellepärast on oletus trauma mõjust meningitis tbc. suhtes kahtlane. Juhtumistes kus tuberc. mening. trauma tagajärjeks pannakse, on lihtsalt latentse meningit. tuberc. avaldumine. Anamnestiliste andmete põhjal trauma õige kaudse tähtsuse mõjuna esineb, nagu seda meie sõja ajal kogunud oleme.

**Lindeberg:** Tuberkulose nach Trauma ist experimentell sicher erwiesen. Wie sich die Ausschwemmung der Tuberkelbazillen aus dem primären Herd vorstellen lässt, ist noch nicht ganz sicher zu erklären. Vermutlich kommen im zirkulierenden Blut viel öfter Tuberkelbazillen vor, als wie wir uns das vorstellen; dass sie dabei am locus minoris resistenten haften bleiben und sich weiter entwickeln können, lässt sich nicht ohne weiteres abweisen.

\*

#### 79) Prof. M. Bresowsky-Dorpat: Ueber fragliche Testierfähigkeit bei Greisen.

Die Beurteilung des Geisteszustandes eines Testators gehört zu den misslichsten Aufgaben des Arztes, wenn sie, wie gewöhnlich, nach dem Tode des Erblässers vorgenommen werden soll. Der Begutachtende besitzt als Material bloss die Zeugenaussagen und, allenfalls, das Testament selbst, dessen Form und Inhalt ihm gelegentlich Fingerzeige geben können. Um die Zeugenaussagen besser bewerten zu können, müsste man eigentlich auch alle Zeugen einer Begutachtung unterziehen, da ihre Fähigkeit Wahrnehmungen zu machen und sie objektiv wiederzugeben keineswegs feststeht, ganz abgesehen davon,

dass sie meist am Ausgang des Prozesses interessiert sind. — Die grössten Schwierigkeiten bei der Beurteilung machen die ohne auffällige Symptome verlaufenden krankhaften Geisteszustände, die dem Laien vielfach als Zustände geistiger Intaktheit erscheinen. Andererseits werden auffällige, aber nicht eindeutige Symptome als sichere Anzeichen bestehender Geisteskrankheit aufgefasst, so z. B. wird der Hemiplegiker oder der an Paralysis agitans leidende von Laien vielfach ohne weiteres für Geisteskrank gehalten. Zu diesen Symptomen gehören auch die Gedächtnisstörungen, die zwar auffällig sein können, keineswegs aber eine Disposition oder Testierunfähigkeit beweisen. Namentlich dann nicht, wenn sich der zu Untersuchende seiner Gedächtnisstörungen bewusst ist. Für die Testierunfähigkeit würde das Auftreten von Konfabulationen zu verwerthen sein, auch zeitweilige Unorientiertheit. Andere von Laien bemerkte Symptome können sehr wichtig sein, sind aber in der Regel kaum als einwandfrei beglaubigt zu betrachten, wie z. B. autochthone Stimmungsschwankungen, unmotivierte Missdeutungen alltäglicher Vorkommnisse u. dgl. m. — Der Arzt wird selten in der Lage sein sich ein ganz ausreichendes Bild von der geistigen Verfassung des Testators zu machen. Man müsste den Erblässern empfehlen ihre Testamente bei der Abfassung ausführlich zu motivieren, wodurch ein grosser Teil der diesbezüglichen Prozesse vermieden werden würde.

#### Läbirääkimised Diskussion.

Fischer: Die Gedächtnisstörungen können sehr eigenartig sein und müssen bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes in bezug auf Testierfähigkeit sehr vorsichtig beurteilt werden. — Bericht eines Falles von Gedächtnisstörung nach multipler Neuritis, wo Patient den ihn im Laufe von Jahren behandelnden Arzt beim Eintritt ins Zimmer stets nicht wiedererkannte, — sonst aber keine Störungen logischen Denkens aufwies und in dem tadellos funktionierenden Gedächtnis für die Vergangenheit keine Defekte hatte. — Es wäre wohl am Zweckmässigsten, wenn das Gesetz die fachmännische Untersuchung des Testators bei Abfassung des Testaments verlangen würde.

Luiga: Senile Demenz gehört mit Sprachstörungen zu den schwierigsten Problemen bei der Expertise, da sie zu den normalen Erscheinungen im Alter gehört, wenigstens in leichter Form. Es können vorhanden sein ausgesprochen senilpsychotische Erscheinungen, dabei eine sehr klare Auffassung in ökonomischen Fragen seine Person betreffend. Die psychiatrische Expertise kann ihn für geisteskrank erklären und trotzdem hat das Gericht Recht ihn für zurechnungsunfähig zu erachten.

\*

80) Drd. med. A. Tomingas-Tartu. **Sklerosis tuberosa juhtumine.**

1880. kirjeldasid Bourneville ja Hartdegen tähendatud haiguse juhtumisi, mis kutsusid esile spetsialistide keskel kuni senini järjest kasvavat tähelpanu. Sarnaseid juhtumisi, huvitavaid kliinilise sümptomokompleksi kui ka patholoogo-anatoomilise ja histoloogilise avaldusvormide poolest, on esile toodud viimastel aastakümnetel kuni 100-ni. Esinen ühe juhtumisega, mis minu andmete järele, esimene, kui niisugune on leidnud diagnostitseerimist Tartus.

M. A., 15 a. vana, eestl., paigutati kliiniku 13. II. 1920. a. Ema sõnade järele olnud tal 8-mal kuul „krambid“; 2-he aastaselt hakanud rääkima. 5 a. vanaduses ilmunud jälle krambihood, sarnased epileptilistele. Haige olnud

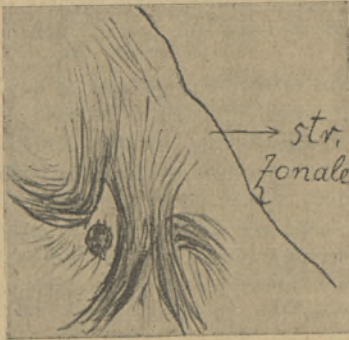
kergesti äritatav ja tige; viimane aasta hoitud teda ahelas. Sugulased terved; pääle ühe isa oma, kes põdenud langetõbe ja vaimuhaigust. — Haige ise degeneratsiooni tundemärkidega, muidu normaalse kehaehitusega. Närvikava orgaaniliste defektide sümptoomid puuduvad. Näo pääl, iseäranis põskedel ja mõlemal pool nina väikesed punased vistrikud; — adenoma sebaceum (typus Pringle). Vaimliselt kuulub idiootide hulka: abstrakt mõistete ja kombinatoorse võime puudumine; värvide mittetundmine (pääle musta ja valge); arv, mis üle 2, on haigele „palju“. — Haiguse käigust kliinikus oleks nimetada: veebruari kuul 6 epileptilist hoogu, märtsil — 10; aprillil — 8; 22. IV. pääle palavik (kuni 40,1°); 24. IV. angina catarrhalis. Palavik kestis kuni 8. maini, mil haige suri kurnatud olekus. Sektsioon näitas järgmist: Mõlemate pääaju poolte koor üle külvatud mitmesuguses suuruses pesadega, mis eralduvad oma valgema värvi ja kõvema konsistentsi pooldest. Neid pesi on kahte sugu: ühed on muhkude sarnased (hüpertroofilised pesad); teised on rööbisarnastena vaoga eraldatud ümbritsevast koest, oma keskosas lohukest sünnitades. Üks sarnane suur (3 cm. läbi mõõta) „ümbritsetud“ pesa asub gyrus praecentralis dextr. ülemises osas; teine samal pool gyr. front. med. keskmises osas (diam. 2 cm.). Selles samas aju pooles on hüpertrooferituid suuremaid pesi gyr. centr. post. ülemises osas), cuneuses, lab. parietalis'es, ja veel mitmed vähemad. Mõlemil pool pesi kokku 8—10.

Ajuäär-koopa (ventr. late) ependym üle külvatud paljude värskete kasvatega. Muud pääaju osad; cerebellum, pons oblongata, dura ja pia materon makroskoopiliselt normaalsed (medulla spinalis jäi läbi vaatamata meist rippumata põhjustel). — Teistes organides, pääle neerude, patoloogilist silma ei paistnud. Mõlemad neerud, suurenenud kogu pooldest, on läbi kasvanud paljude ja mitmesuguses suuruses valgete pesadega, millest mõned koorest väljakasvanud tubli kastani pähkli suurustena.

Mikroskoopiliselt näeme järgmist:

Pääaju koore pesades, hüpertroofilistes ja ümbritsetutes, paistab silma neuroglia võrsumine, iseäranis stratum zonalis'es, kus näeme mitmete autorite poolt kirjeldud vihu- ja riskujulist gliakiude kasvamist, mis iseloomuline on käesolevale haigusele (Pilt № 1). Neuroglia rakke on leida suurendud arvul; paiguti neis jagunemise tundemärgid. — Närvirakkude cytoarhitektoonika on hüpertroofilistes pesades enam-vähem alal, pääle üksikute suurte gangliarakkude strat. zonali'se lähedal, kus neid harilikult pole leida; kuid „ümbritset“ pesades on väikeste ja suurte püramiidliste rakkude read segamini paisatud; nende arv on suuresti vähenenud ja kohati puuduvad nad täiesti. Kõikides pesades avaldavad gangliarakud degeneratsiooni tundemärke. Kõige rohkem tähelepanu äratavad, n. n. „suured rakud“, 40—90 mikr. läbi mõõta. Neid leiame pesades korratult laiali pillatud, mitmesuguses suuruses ja muutuvates vormides: mõned on selge fibrilläärse struktuuriga, normaalse gangliaraku välise kujuga ja keemiliste omadustega, teised homogeense kehaga, suurte harudega, väga muutlikud oma suuruse ja välise vormi pooldest (Pilt № 2). Aju äär koopa ependym'i kasvavad seisavad koos neuroglia rakkudest ja kiudest. — Aju vere-soontes patoloogilisi nähtusi ei leidu. — Neerude patoloogilised osad seisavad koos epiteliaalneerukoest, rasva-, silemuskli- ja sidekoest. — Adenoma sebaceum, ge näol, avaldab papilloomi mikroskoopilist pilti ja on sarnane naevus'ile.

**Kokku võttes** kirjeldud haiguse kliinilisi sümptome, pääaju, neerude ja naha makroskoopilist ja mikroskoopilist pilti, peame meie lugema tähendud juhtumist kahtlemata sklerosis tuberosa hulka, haiguse, mille patogeneesi seletamine veel tänini raskusi sünnitab. Bourneville ja ta õpilased pidasid seda haigust encephalitise taoliseks. Kuid pesades puuduvad põletikule omased veresoonte, pia materi, glia jne. muutused, mis, ühes „suurte rakkude“ leidmisega tõendab, et siin encephaliidiga tegemist ei ole. — Hartdegen, Berdez, Tedeschi j. t. viivad sklerosis tuberosa neoplastiliste haiguste hulka, kuid ka see teooria ei seleta rahuldavalt haiguse käiku (mis mõnedel juhtumistel on püsinud muutuseta kümneid aastaid) ei ka patohistoloogilisi nähtusi. 1901 a. katsus Pellizzi seletada scler. tub. patogeneesi teratoplastilise teooria abil, milline teooria senini on suutnud kõige täielikumalt seletada haiguslisi nähtusi,



№ 1. Glia-vihud. Gliabüschel.



№ 2. Suur rakk. Grosse Zelle.

ja mida tõendavad viimastel aastatel mitmed teised autorid (Geitlin, Vogt, Bielschovsky, Nienvenhuijse, Jakob, Josephy j. t.), oletades, et sklerosis tuberosa tekkimise põhjus on patoloogiline arenemismehanism. — Kuid samad autorid lähevad lahku küsimuses, missugustest ajukoedest arenevad patoloogilised nähtused ja missugune kude mängib haiguse tekkimisel esimest osa. Näit. veel senini ei ole selginenud „suurte rakkude“ iseloom geneetilises suhtes. — Nienvenhuijse, Jakob j. t. jälle otsivad skler. tuber. tekkimisel arenemis-anomaaliaid nii närvi- kui glia koe juures, leides et osa „suuri rakke“ esitab differentseerimata närvikava rakke. Kui nüüd siia juurde arvata sagedasti ettetulevaid neerude ja südame kasvajaid, kui ka nahaanomaaliaid skleros. tuber. juures, siis on raske neid viimaseid seletada eelpeol esitatud vaadetega. — Siin kaob ka vahe tuumori ja arenemis-anomaalia mõistete vahel, ja Conheimi teooria kasvajate tekkimisest leiab selget tõendust. Meie leiame literatuuris mitmed juhtumised, kus sklerosis tuberosa haiguslistest pesadest on arenenud pahaloomulised kasvajad, nii Schuster'i juhtumisel, kus väikesest ventric. lat. endymy kasvajast tekkis tumor malignus ventriculi lat., ja Bielschovsky oma, kus ajukoore pesa selge tuumori iseloomu omandas. Tähtselt näitab Bergi

juhtumine, — kus ühtlasi haiguse pärvuse etioloogiline moment esile tuleb, mis suuremal jaol teistes juhtumistes puudub.

Sklerosis tuberosa kliiniline sümptoomkompleks on palju selgunud viimaste tähepänekute tõttu ja teda viimasel ajal diagnostseeritakse juba in vitam järgmiste kliiniliste sümptoomide põhjal:

1) Vaimline puudulikkus, imbecillitased kuni idiotiini, milline psüühiline defekt harilikult on progresseeriv.

2) Epileptilised hood, mis leiduvad peaaegu kõikide haigete juures, nii ka meie haigel. Gallus'e andmete järele, 52 haige juures, ilmusid krambid enam kui pooltel juhtumistel esimese aasta jooksul,  $\frac{1}{4}$  osal kuni 4 a. vanaduseni, ainult üksikutel juhtumistel päale kümnendat eluaastat. Hood võivad olla oma iseloomu poolest mitmesugused: suured epileptilised hood, petit mal, absencid, pää ümberkäimised, tunne pää laienemisest jne.

3) Mitmesugused naha anomaaliad: adenoma (ehk naevus) sebaceum (typus Pringle, typus Barlov'i, lentigenes), naha-fibroomid, mollusca pendata, ephelides jne. Kõik need anomaaliad kuuluvad naha arenemisvigade hulka. Weygandt soovitab igat epilepsia juhtumist hoolsalt naha suhtes läbi vaadata ja ümberpöörduvalt kõik naevuse sarnased nahavead peavad sklerosis tuberosa võimalust meelde tuletama.

4) Neerude kasvaja, mida Gallus leidis 78 haige seas 41 korda. Nende samade haigete juures on leitud 11 korda südame-kasvaja. Mõnedel juhtumistel on leitud sugunäärmete anomaaliad ja nende puudumine, emakoja puudumist, spina bifida't j. t. — Sklerosis tuberosa diagnostseerimise võimalusel in vitam on ka praktiline tähtsus 1) prognoosi suhtes: 78 haigest Galluse andmetel suri 58 alla 20 a. vanaduses; 2) teraapia suhtes: kui genuiine epilepsia krampide arvu vähenemist saavutame vahel broomi preparaate, luminaali j. t. abil, siis sklerosis tuberosa juures on need mõjuta.

\*

81) Drd. med. W. Wadi-Tartu. Krooniline selgroo anküloos<sup>1)</sup>. (Zur Frage der chronischen ankylosierenden Wirbelversteifungen).

Selgroo kangestused kuuluvad pääasjalikult krooniliste liigendishaiguste hulka. Neid on viimasel ajal katsutud klassifitseerida, aluseks võttes haiguse etioloogiat. Varemalt tunti selgroo kangestusi ainult spondylitis deformans'i nime all. Pärastides uurimised (v. Simmond, A. Fraenkel, v. Liven, Schlayer) teevad selget vahet n. n. osteoarthritis deformans'i ja arthritis rheumatica chronica ankylopoëtica vahel. Viimase vormi juures tõmbub kokku liigendi ümbrik, kuna vahekörsлуу, surumise läbi, üksikuteks köitkoelisteks kiududeks laguneb. Nii tekkinud liigendispindade üksteisele lähenemine võimaldab nende pindade köitkoelist kokkukasvamist, millele anküloos järgneda võib. Osteoarthritis chron. deformans'i juures jälle on käimas kontides ja körsлуу ühel ajal lagunemine ja uuenemine ja puudub siin sagedasti liigendispindade kokkukasvamine. Viimase juures on olemas deformatsioon, esimese juures mitte. Edasi Axhausen'i katsete põhjal (elektrolüüsi abil luunekroosi sünnitada ja selle tagajärjel täielist arthritis deformans'i pilti esile kutsu) võib oletada, et arthritis deformans on teatava äkilise põletiku protsessi tagajärg ja tema juures, ka

<sup>1)</sup> Kõne on täiendatud hilisemate andmete põhjal.

kõige raskematel haiguse juhtumistel, võib puududa anküloos, arthrit. ankylopoëtica juures aga on anküloos ikka olemas.

Kirjanduses leiduvate patoloogo-anatoomiliste andmete põhjal kuuluvad peaaegu 90% kõigist selgroo kangestuse juhtumistest spondyloarthritis ankylopoëtica chronica hulka, kui protsess harilikult sümmeetriliselt ka küljeluu liigendite pääle võib üle minna, mida osteoarthritis deformans'i juures kunagi ette ei tule.

Bechterew on selgroo kangestuste juures ettetulevaid kliinilisi sümptoome esimesena kirjeldanud a. 1892: pikaldane haiguse algus; terve ehk üksiku osa selgroo liikumatus, ilma iseäraliste valudeta lülides ja selgroo paenutamisel iseloomulik haige seisak — selgroog kumer tahapoole, pää ette ja allapoole; sagedasti ettetulevad kaela, käte ja jalgade, selja ja labalauude lihaste halvatused ühes nimetatud lihaste atroofiaga; tundelikkuse kahane-mine ja ebatundelikkus (paraesthesia) seljaüdi erkude laialilagunemise piirkondades; valud seljas ja jalgades, iseäranis pärast seda, kui haige on rahulikult istunud ja siis uuesti liikuma hakkab.

Mõni aasta hiljem (a. 1897 ja 1898) kirjeldasid Strümpell ja Pierre-Marie pea ühel ajal selgroo kangestuse juhtumisi, mille juures leidub: 1) täieline selgroo liikumatus; 2) ühe ehk kahe suurema kehapoolse (proksimaal) liigendi osaline ehk täieline anküloos.

Nii lähevad Bechterewi tüübi haiguse kliinilised sümptoomid Strümpell-Marie omadest pääasjalikult sellepoolest lahku, et esimese juures suured liigendid haiguse protsessist kunagi osa ei võta, ja teiseks, muudatused ergukavas mitmesuguste tundelikkuse rikete näol ikka olemas on; mida Strümpell-Marie haiguse juures kunagi ette ei tule.

Nende lahkuminekute pääle toetades on pärastpoole püütud Bechterewi tüüpi täiesti isehaigusena eraldada; kuid kirjanduses on suur hulk juhtumisi avaldatud, kus Bechterewi kui ka Strümpell ja Marie poolt kirjeldatud haiguse sümptoomid koos ühe ja sellesama haige juures ette tulevad, mis iseäranis Saksa autoritele on põhjust andnud, selgroo kangestust ühe nime all Strümpell-Bechterewi haigusena nimetada. Nii Eugen Fraenkel, kes tähendab (1922), et kõigi krooniliste selgroo ankülooside juures enamvähem ühetaoliste patoloogo-anatoomiliste muudatustega tegemist on, nimelt, anküloseerumisega väikeste lüli liigendisharu-liigendite vahel, mis edasi ka kostovertebraal ja kostotransversaal-liigendite pääle võib üle minna.

Kui meil viimasel ajal Pommer'i, Preiser'i, Axhausen'i, E. Fraenkel'i ja teiste uurimiste järele patoloogo-anatoomilised muudatused kondikavas kui ka kõrsluudes kuni peensusteni teada on, ei tea meie siiski õiget etioloogiat, mis niisugusi muudatusi sünnitavad. Suurem osa autorid on arvanud kroonilise selgroo anküloosi põhjusteks traumata (40% juhtumistest), luest (25%), gonorrhoeat (20%), rheumatismust (10%). Eriti on tähendatud Strümpell-Marie tüübi juures — rheumatism'i, gonorrhoea ja arthriti purulenta, Bechterewi tüübi juures — trauma, lues'e ja pärivuse kui etioloogiliste momentide pääle.

Mis puutub nende haiguste teraapiasse, siis ei ole see siamaani iseäralikke tagajärgi andnud. On katsutud mitmesuguseid arstirohte, ortopeedilist, kirurgilist ja elektro-terapiat, mis haigele aga ainult möödaminevat kergitust võivad tuua. Selletõttu on ka prognoos alati ühesugune — haiged võivad 10-te aastate viisi haiguse all kannatada, kuni nad mõne komplikatsiooni (harilikult tubercul. pulm.) tagajärjel surevad.



Sisehaiguste hospitaal-kliinikus on möödalinud aastal 3 spondyloarthritis ankylopoëtica juhtumist ravitsusel olnud.

I. Haige R. 42 a. vana, eestl; politsei kordnik, abielus. Lastehaigustest põdenud leetrid ja tuulerõugeid; 15 aastasel jätku rheumatismi; 20. a. — gonorrhoea; 22. a. — uuesti; 1908. a. — lues; arstitud. Tartu linnahaigemajas; 8 aastat tagasi ilmuvad hoolised valud seljas ja puusa liigendites 1914. a. muutuvad need valud perioodiliselt korduvateks; 1918. a. suured valud pahemas õlaliigendis; sellest ajast kehaline töö võimata, tunneb kangesust pahemas õlas, seljas ja puusaliigendis, mille järele pahema käe tõstmine kui ka ettepoole kumardamine raske; 1920. a. lähevad kangesused liigendites suuremaks; 15. aug. Tartu linnahaigemajasse paigutatud, kust 1921. a. algul sisehaiguste hospitaalkliinikusse üle toodud; 1905. a. saadik abielus; abi-kaasa — terve (?) olnud, kaheksa sünnitust, nendest 5 õigel ajal, 2 enneaegist ja 1 surnult sündinud laps. Haige on varem rohkesti alkoholi tarvitanud, suitsetab keskmiselt. Perekonnas sarnaseid haigusi ei ole olnud. Väljavõte statusest: Nahaalused — kaela, kaenla, küünarnuki, kubeme lümfäärmed vähe suurendatud; jume kahvatu. Seistes ja kõndides hoiab pead ja ülemist poolt keha ettepoole, pahemas õlavarres liikumine piiratud (tõstab kätt kuni 35°), niisama pahemas puusaliigendis; lihaste atroofiat ei ole märgata; selgroog sirge, loomulikud kõverused torakaal ja lumbaalosades puuduvad, klopides tundelikkust ei ole. Patellar, Achillese refleksid — elavad, kloonus jalal — positiv, Babinsky, Romberg — negativ; naha tundelikkus — normaal. Wasserm. reaktsioon — nõrgalt positiv. Haige oli kliinikus ravitsusel kuni 15. III. 21. Valud liigendites ja seljas jäid vähemaks, kangesused — endiselt.

II. Haige K., 78 a. vana, eestl., puutööline, abielus. Lastehaigusi ei mäleta, ikka ennast terve tunnud olevat; 1½ aastat tagasi hobuse alla maha kukkunud ja raskesti põrutada saanud, mille järele kõndimine valusaks muutus ja valud paremale poole puusa ilmusid; seisukord halveneb, valud seljas ei lase magada. 1921. a. lõpul astub Tartu linnahaigemajasse, kust 1921. a. algul sisehaiguste hospitaalkliinikusse üle toodakse. Alkoholi tarvitab keskmiselt, suitsetab mõõdukalt, suguhaigusi eitab. Naene ja lapsed terved; perekonnas sarnast haigust teada ei ole. — Väljavõte statusest: Jume kahvatu, lümfäärmed vähe suurendatud; katsutavad arteerid pulsus irregularis perpetuus, vere rõhumine — 175 cm. Hg. R. R. järele. Käte ja jalgade liigutused vabad, valuta; seistes hoiab eennast ettepoole, selgroos — torakaal osas — väike küfoos; selgroog — kange, paenutamine ette- ja tahapoole võimata. Patellaar — refleks vähe elav, patoloogilised refleksid puuduvad, hyperaesthesia 5 küljeluu piirkon. allapoole kuni ristluude kohta. Wasserm. — negativ.

III. Haige J. R., 21 a. vana, eestl., postiametnik, poissmees. Lastehaigustest põdenud läkakõha, tuulerõugeid; koolieas nõrga tervisega olnud; 14 aastasel jätku rheumatism. 1918. a. — Hispaania haigus; praegune haigus algas 1921. a. algul, pärast sagedaid külmetamisi korduvad valud pahemas õlaliigendis, kui ka seljas, labaluude vahel, iseäranis tõstmise ja järsku liigutuste juures, et ei saa hästi pahemat kätt üles tõsta ega end ettepoole kumardada. Alkoholi tarvitab vähe, suitsetab vähe, suguhaigusi eitab. Perekonnas sarnast haigust ei tea olnud olevat. — Väljavõte statusest: Toitlus häa, jume normaal. Seesmistes organides midagi patoloogilist. Muskulatuur — keskmine. Pahema õlavarre liikumine õlast ülespoole piiratud,

kuid valuta, tundub rogisemist; selgroog ei paendu ette ega tahapoole, kompides vastu lülisid valusid ei ole. Patoloogilised refleksid punduvad; naha tundelikkus normaal. Wasserm. reakt. — negatiiv. — Haiget arstiti kliinikus vaheldades — kompresside, vannide, salicyl-jod preparaatidega ja diatermiaga ilma tagajärgedeta; suvel 1921. a. Haapsalu sõjaväe sanatooriumis mudavannidega ravitsemisel, kust ta sügisel muutmata seisukorras kliinikusse tagasi saadeti.

Kõik kolm juhtumist olid meesterahvad, nagu see haigus imelikul viisil peaaegu ainult meesterahvaste juures nooremas meheas ette tuleb. Esimesel juhtumisel, kus enamvähem selge Strümpell-Marie haiguse tüübiga tegemist on, on anamneesis rheumatismus, gonorrhoea ja lues, mispärast siin raske on ütelda, missugust nendest momentidest praeguse haiguse põhjuseks tuleb lugeda.

Teisel juhtumisel, kus pääle trauma mingisugust muud haiguse põhjust ei näi olevat, on Bechterewi tüübi tundemärgid rohkem ülekaalus, kuid siiski mitte puhtalt, sest parema puusa liigend nähtavasti mitte päris terve ei ole. Kolmandal juhtumisel, mis nähtavasti alles esimesel arenemisastmel, algas haigus olaliigendist, mis iseloomulik Strümpell-Marie tüübile, kuid valud labalude vahel tähendavad, et protsess selgroos ülevalt allapoole läheb, mis iseloomulikuks Bechterewi tüübile loetakse. Kuna anamneesis haiguse põhjuseks võis rheumatismi pidada, siiski kõige energilisem ravitsemine selles suhtes ilma tagajärgedeta jäi.

Kokku võttes arvan: 1) Selgroo krooniliste ankülooside juures on kliiniliselt niisama ka patoloogilis-anatoomiliselt raske vahet teha Strümpell-Marie ja Bechterewi haiguse tüüpide vahel; mõlemate haiguse tüüpide üheks haiguseks nimetamine (Saksa autorite järele — Spondyl-arthritis ankylopoëtica chronica) jääb esialgul veel lahtiseks küsimuseks;

2) Soovitav oleks haigete läbivaatamistel üldse rohkem rõhku panna selgroo paenduvuse pääle, et võimalik oleks haigust juba algusest pääle ära tunda ja etioloogilistele momentidele (trauma, lues, gonorrhoea, rheumatismus) vastavat, enam-vähem spetsiifilist, arstimist määrata, millel ehk tagajärgi võiks olla.

**Zusammenfassung:** Autor bringt eine Literaturübersicht über die chronischen ankylosierenden Wirbelsäulenversteifungen. Auf Grund dessen und dreier eigener Fälle kommt er zum Schluss, dass 1) sowohl klinisch, als auch pathol.-anatomisch der Bechterewsche Typus von dem Strümpell-Marieschen als eine besondere Krankheitsform sich schwer abgrenzen lässt. Eine Zusammenfassung beider Krankheitstypen unter einem Namen müsse daher noch als eine offene Frage betrachtet werden; 2) hält er für ratsam bei Krankenuntersuchungen überhaupt mehr Gewicht auf die Beweglichkeit der Wirbelsäule zu legen, um diese Erkrankung rechtzeitig zu erkennen und je nach den ätiologischen Momenten den Wunsch einer mehr oder weniger spezifischen Behandlung zu machen, was möglicherweise von Erfolg sein könnte.

Koosolek lõppes, pääle selle kui terve päevakord oli läbi võetud, kell 1.10 lõunal.

## Üldine koosolek Réunion universelle

4. detsembril 1921 a. kell 4 p. l. ülikooli aulas.

Koosoleku avab kongressi abiesimees Dr. med. J. Luiga, ette pannes valida aujuhatajateks prof. Dr. T. Laitinen'i, prof. Dr. Y. Kaja va't Helsingist ja dots. Dr. J. Alksnis'i Riias; sekretariaat: Drd. med. J. Lindeberg ja Drd. med. W. Wadi Tartust. Kongressi pääsekretär Dr. med. S. Talvik teatab, et kongressi juhatusel poolt on saadetud tervitustelegramm praegu Tartus koosolevale Eesti rohuteadlaste kongressile. Kantakse ette 3 päevakorra kõnet:

82) Prof. Dr. L. Puusepp-Tartu. **O специальном образовании военных врачей** (Sur l'education spéciale des médecins militaires).

С существованіем регулярной арміи и с измѣненіем условий войны потребовались для обслуживания арміи различнаго рода специалисты, которые помимо своей основной специальности были бы знакомы с обстановкой боевой жизни и могли бы ориентироваться в происходящих событіях, а также были бы проникнуты духом военной дисциплины. Что касается военных врачей, то стремились к тому, чтобы таковые по возможности не отличались своим воспитаніем от отставнаго команднаго состава и не вносили-бы дезорганизацию в арміи. Для этого считается необходимым специальная военная подготовка военных врачей, помимо обще медицинской подготовки. Однако эту военную подготовку пришлось выдѣлить из медицинской. С этой цѣлью в Германіи, Австріи и Франціи были устроены особые школы, причем в Германіи эта военная подготовка происходила уже во время слушанія курса медицинских наук, причем всѣ студенты, желающіе быть военными врачами, находились в общежитіи при Академіи, подчиняясь у себя всѣм правилам военной дисциплины. Слушая медицинскій курс в факультетѣ, они проходили еще специальные дополнительные предметы (чтеніе карт, полевая хирургія, врачебная этика, ларинго-, ото-, офтальмоскопія, гигиена и бактериология, рентгенодиагностика болѣзней) и кромѣ того по нѣкоторым предметам была расширена практическое его преподаваніе. Кромѣ того при Академіи читались дополнительные лекціи по организациі санитарной службы в арміи и по администраціи и знакомились с психологіей и симуляціями.

По окончаніи 10-го семестра всѣ прослушавшіе успѣшно курс производятся в унтер-врачи и поступают интернами или экстернами в клиники Charité, гдѣ проходят практическій стаж; по окончаніи стажа они снова возвращаются в Академію и слушают дополнительные курсы по патологической анатоміи, офтальмоскопін, чтенію военных карт, санитарной службѣ, военно-врачебной этикѣ и только послѣ этого приступают к сдачѣ государственнаго экзамена.

Таким образом прусская военно-мед. школа удовлетворяет повидимому всѣм требованіям подготовки военных врачей и основательной врачебной

подготовки вообще и не удивительно, что Virchow, Reichert, Helmholtz, Behring, Goldscheider вышли из этой школы.

По окончаніи курса медицинскаго факультета всѣ военные стипендіаты поступают в военно-медицинскую прикладную школу, гдѣ проходят в теченіе одного года слѣдующіе курсы: 1) Военная гигиена и военная фармакологія, 2) полевая хирургія, 3) психіатрія и судебная психопатологія, 4) военно-санитарная служба мирнаго и военнаго времени, 5) организація арміи. Основы тактики, служба обозов, чтеніе карт, полевая санитарная служба, 6) хозяйственно-административная служба в арміи, веденіе к счетоводствѣ и отчетности в военном вѣдомствѣ, 7) ознакомленіе с правами и обязанности офицерскаго сословія.

В теченіе этого года еще ведутся практическія занятія в хирургической клиникѣ, по діагностикѣ и терапіи внутреннихъ болѣзней, глазныхъ, горловыхъ и ушныхъ болѣзней, сифилиса и кожныхъ болѣзней, по важнѣйшимъ методамъ санитарныхъ изслѣдованій, далѣе патологоанатомическія и судебно-медицинскія вскрытія, бактеріологія, зуболеченіе, рентгенологія, фехтованіе, верховая ѣзда и обученіе стрѣльбѣ изъ револьвера. — В концѣ года производится экзаменъ.

Во Франціи подготовка военныхъ врачей до нѣкоторой степени напоминает и обѣ вышеприведенныя системы. В Лионѣ существует особая военно-медицинская школа, питомцы которой состоятъ студентами медицинскаго факультета и слушают там полный курс наук, но кромѣ того им читаются лекціи по „организаціи военно-санитарной службы“, далѣе они обязательно изучают нѣмецкій языкъ, обучаются строю, верховой ѣздѣ, фехтованію, стрѣльбѣ изъ револьвера. В отличіе от студентов В.-мед. Прусской Академіи эти студенты носят военную форму. По полученіи докторскаго диплома они получают первый офицерскій чин и переходят в прикладную школу в (Val-de-Grâce), которая состоит из двухъ отдѣленій — медицинскаго и фармацевтическаго. Срок обученія 8½ мѣсяцев. Медикам читаются слѣдующія курсы: 1) Оперативная хирургія, протезы, 2) полевая хирургія, 3) войсковыя болѣзни и эпидеміи, 4) военная гигиена, 5) военныя законоположенія военная администрація, военно-санитарная служба, 6) специальная діагностика глазныхъ, ушныхъ, и горловыхъ болѣзней в арміи; 7) микробиологія.

Паралельно с этимъ ведутся практическія занятія по этимъ предметамъ и сверхъ того по всѣмъ основнымъ клиникамъ, ортопедіи, зубоврачеванію, и физиотерапіи.

Изъ этого краткаго обзора видно, что в этихъ трехъ государствахъ было стремленіе снабдить армію особыми специалистами и это понятно, если приметъ во вниманіе особыя условія военной среды какъ в мирное, такъ и военное время.

Минувшая война дѣйствительно показала, что такая подготовка необходимо и что напр. врачи не имѣвшіе надлежащей подготовки несмотря на свои знанія медицины и свою самоотверженную работу временами находились в очень тяжеломъ положеніи и не видѣли выхода тамъ, гдѣ при правильной оцѣнкѣ событій, еслибы у нихъ была специальная подготовка, они вышли бы с честью.

Необходимо и у насъ в Эстоніи организовать кадръ такихъ врачей, которые могли бы руководить дѣломъ и нести отвѣтственность за правильную постановку его, а для этого необходимо специальная подготовка.

Если приметъ во вниманіе, что врачи обязаны отбывать воинскую повинность, то послѣдній будетъ для государства воспользоваться этимъ временемъ для спеціальной подготовки къ той дѣятельности, которую они будутъ нести во время войны, причемъ всѣ приемы чисто военного характера — могутъ происходиться одновременно. Сокративъ срокъ пребыванія для нихъ въ арміи, получится экономія на которую можно создать 2—3 мѣсячные спеціальные курсы для военныхъ врачей. Кромѣ того необходимо посылать во Францію въ Vâl-de Grâce отъ времени до времени 2 врачей, обязавъ ихъ окончить тамошнюю прикладную школу и послѣ этого служить въ военномъ вѣдомствѣ по 4 года за каждый годъ командированія.

Изъ этихъ врачей могутъ затѣмъ комплектоваться тѣ высшіе начальники, которые будутъ руководить дѣятельностью военно-санитарнаго вѣдомства. При такой постановкѣ дѣла исчезнетъ изъ этой области старая рутина и вѣдомство получитъ ту окраску и той духъ который теперь необходимъ, а народъ — такихъ врачей, которымъ онъ можетъ довѣрить здоровье своихъ сыновей.

#### Läbirääkimised. Diskussion.

Gruss: Среди предметовъ военно-врачебнаго знанія за послѣднее время особенное значеніе приобрѣла т. н. военно-санитарная тактика и администрація. Первый толчекъ къ развитію этой молодой науки исходилъ отъ финляндскаго военнаго врача, д-ра Valberg'a, публиковавшаго въ 1889 г. статьи въ Militärärztliche Zeitschrift о необходимости для военныхъ врачей получить спеціальную подготовку, чтобы имѣть возможность самостоятельно ориентироваться во всѣхъ обстоятельствахъ военного времени. Мысль эта была подхвачена въ государствахъ Западной Европы. С тѣхъ поръ начала накапливаться въ этой области обширная литература, при участіи офицеровъ и главнымъ образомъ военныхъ врачей.

Великая европейская война показала, насколько велико значеніе санитарно-тактической подготовки врачей. Только тамъ, гдѣ таковая существовало, военно-санитарное дѣло могло быть организовано съ наибольшей экономіей средствъ и силъ и въ то время, съ наибольшими удобствами для раненыхъ и больныхъ. Въ настоящее время является безспорнымъ, что военные врачи должны получить надлежащую санитарно-тактическую подготовку. Но современная война, характеризующаяся уже вооруженнымъ столкновеніемъ цѣлыхъ народовъ между собою, мобилизуетъ для обезпеченія военно-санитарной части не однихъ только военныхъ врачей, но всѣхъ почти врачей государства. Поэтому въ интересахъ надлежащей постановки военно-санитарнаго дѣла санитарно-тактическую подготовку должны получить всѣ врачи.

Juss: Arvamine, et ühele osale arstidele spetsiaalhariduse andmiseks tarviline arstline personaal väljateenistusele ette valmistakse, on ekslik. Läänud sõda tõendas vastupidist. See osa sõjaväeteenistuseks ettevalmistatud arstidest tarvitati ära just mitmesuguste juhtivate kohtade täiteks, kuna väljateenistus võhikute hooleks jäeti. Tarvilikku arstlist personaali väljateenistuseks võib ette valmistada ainult sellega, et kõik arstid tarvilikku ettevalmistust sõjaväeteenistuseks saavad, milleks sellekohased kursused ülikoolis loetagu.

Puusepp: Arvan tarviliku olevat sõjaväe arstidele eri sõjaväe-sanitaarlist hariduse saamist. Selleks tuleb sel aastal, kus arstid oma sõjaväe

teenistuse aega peavad ära teenima, korraldada eri sõjaväe-sanitaarlist õpetust, nagu see Prantsusmaal on sisse seatud (Väl-de Grâce).

\*

83) Dr. Kaegeler-Reval: **Ueber Röntgentherapie.** Kurze Inhaltsangabe des Vortrages: 1) Über die historische Entwicklung der Röntgentherapie. 2) Über das physikalische Wesen der Röntgenstrahlen. 3) Feststellung ihrer Wirkung auf die lebende Zelle. 4) Das Wesentlichste über Dosimetrie und Filterung. 5) Kurze Besprechung der modernen Oberflächentherapie. 6) Tiefentherapie; die modernen Bestrebungen; die modernen Apparate; Erfolge der modernen Tiefentherapie und Kritik an der Hand der neuesten deutschen Röntgenliteratur.

\*

84) Drd. med. F. Lepp-Tartu: **Difteria (Diphtherie).**

Difteriidihaigete arv ja surevus sellesse haigusesse Eestis on võrdlemisi suur. See nõuab meie arstide täit tähelepanu. Vanemate teadmatuse tõttu ja mitte küllalt varajase õige diagnoosi põhjal toodakse rasked difteriidi haiged liig hilja haigemajasse. Näituseks on Tartu linnahaigemajasse 1921 a. 47,8% haiged stenoosiga toodud. Kliinilistel tundemärkidel põhjenev diagnoos ei ole paljudel juhtumistel mitte õige. Leiduvates membraanides võivad asuda streptokokkid, ehk aga ei ole difteriidihaige juures mitte kerge membraani leida; eriti rinnalaste ninadifteriidi juhtumistel tuleb ainult bakterioloogilise uurimise resultaati otsustavaks pidada.

Tervishoiu Peavalitsuse andmete järele kokkuseatud tabel näitab, kui suurel arvul linnades ja maakondades meil difteriiti ette tuleb:

Linn ja maakond	1919	1920
1. Tallinn . . . . .	149	159
2. Harju maakond . . . . .	73	65
3. Haapsalu . . . . .	6	8
4. Lääne maakond . . . . .	48	78
5. Paide . . . . .	14	13
6. Järva maakond . . . . .	47	106
7. Rakvere . . . . .	17	22
8. Viru maakond . . . . .	44	71
9. Narva . . . . .	16	19
10. Tartu . . . . .	78	100
11. Tartu maakond . . . . .	80	174
12. Viljandi . . . . .	54	48
13. Viljandi maakond . . . . .	67	67
14. Pärnu . . . . .	17	20
15. Pärnu maakond . . . . .	84	123
16. Võru . . . . .	8	1
17. Võru maakond . . . . .	45	78
18. Kuresaar . . . . .	0	0
19. Saaremaa . . . . .	8	17
20. Valk . . . . .	8	15
21. Valga maakond . . . . .	1	1
22. Petseri maakond . . . . .	—	23

864

1208

Kuude järele jaguneb difteriidi haigus Eestis järgmiselt:

	Kuud	1919	1920	1921
1.	Jaauar . . . . .	39	122	83
2.	Veebruar . . . . .	36	91	98
3.	Märts . . . . .	47	103	91
4.	April . . . . .	49	113	45
5.	Mai . . . . .	30	88	37
6.	Juuni . . . . .	39	89	76
7.	Juuli . . . . .	90	82	45
8.	August . . . . .	74	9	58
9.	September . . . . .	71	103	—
10.	Oktoober . . . . .	114	115	—
11.	November . . . . .	145	103	—
12.	Detsember . . . . .	130	120	—
		864	1208	533

Et põhjustele ligemale astuda, mis esile kutsuvad rohkearvulisi haigeeks-jäämisi, võtsin kevadel 1921. a. rea bakterioloogilisi uurimisi koolides ja Karlova lastekodus ette. Selgus, et Eestis ettetulev difteriidi batsillus oma omaduste poolest lahkuminev on Nev-Yorgi omast. Dots. Schlossmanni uurimiste järele sünnitavad meie difteriidi batsillid kiiremini ja suuremal määdul hapet ja on vähem toksilised, kui Ameerika batsillid. Uurimiseks olen kurgust ja ninast ila võtnud. Materjali küüsin kohe Löffler'i söödale. Esimesed preparaadid tegin 6—8 tunni, teised 14—16 tunni ja kolmandad 20—22 tunni järele. Preparaatide värvimiseks tarvitsin Gins-Neisseri meetodi.

Difteriidi batsilluste uurimismaterjali võtsin korruga kõigilt lastelt, kes ühes klassis või osakonnas olid.

Vanaduse ja sugu järele jagunevad difteriidi batsillide kandjad minu uurimiste järele järgmiselt:

0—1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—6	6—7	7—8	8—9	9—10	10—15	15—20	üle 20 a.	Tütar- lapsed	Pois- lapsed
a b	a b	a b	a b	a b	a b	a b	a b	a b	a b	a b	a b	a b	a b	a b
6 3	2 1	2 1	6 4	7 1	6 2	7 0	16 3	17 3	24 7	113 29	42 13	5 1	148 33	105 35
50%	50%	50%	66,6%	14,3%	33,3%	0%	18,8%	17,7%	29,2%	25,7%	31%	20%	22,3%	33,3%

a = katsete arv.

b = mitmel juhtumisel difteriidi batsille on leitud.

Nende andmete järele näikse nooremate laste hulgas rohkem difteriidi batsillide kandjaid olevat, kui vanemate laste seas.

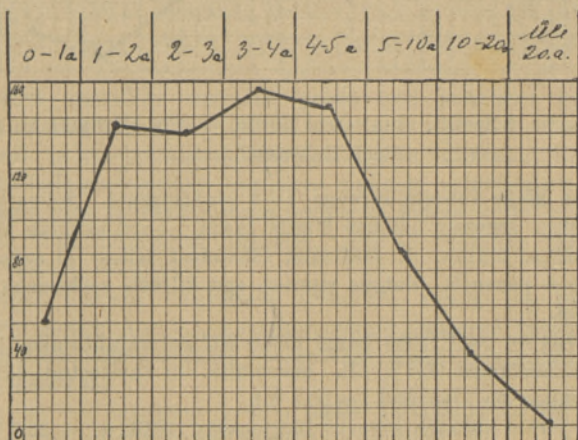
Kolm nendest batsillide kandjatest jäid tänavu sügisel difteriidi haigeks, mis tõendab, et mitte iga batsillide kandja haiguse eest kaitstud ei ole, vähem veel ümberolijad. (Kahtlastel juhtumistel, kui difteriidi batsillide kandja kurguhaige on, otsustab Schick'i reaktsioon, kas seerumi tarvis pritsida või mitte).

Võrdluseks, kui suur difteriidi batsilluste kandjate arv väljaspool Eestit on, toon järgmised andmed:

1. Sacquépie järele: a) endeemilistes kohtades 4—8%, b) epideemilistes kohtades 20—25%. 2. Riemsdyk'i järele: a) infitseeritud koolides 7%, b) kasarmutes j. n. e. 23%. 3. Rammul'i järele: Moskvas (1912 a.) 6—8%. 4. New Yorgi koolides 7—8%. 5. Eestis, endeemilistes kohtades 26,9%.

Neid arvusid võrreldes, tekib küsimus, mispärast on meil difteriidi batsillide kandjate arv nii suur? Üheks põhjuseks võib olla, et meil haigeid eramajades küllalt ei ole isoleeritud, teiseks — et haigemajadest ja eramajadest lastakse difteriidi põdenuid enne välja, kui oleks bakterioloogiliselt kindlaks tehtud, et nad difteriidi batsillidest vabad on, kolmandaks — võib arvata, et meil nende difteriidi haigete arv mitte väikene ei ole, kes kergel kujul haigust põevad ja teadmata batsille laiali laotavad.

Järgnev diagramm näitab difteriidi haiguse ettetulemist eluaastate järele (3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> aasta arvud, 1918—1921 a. 1. juulini):



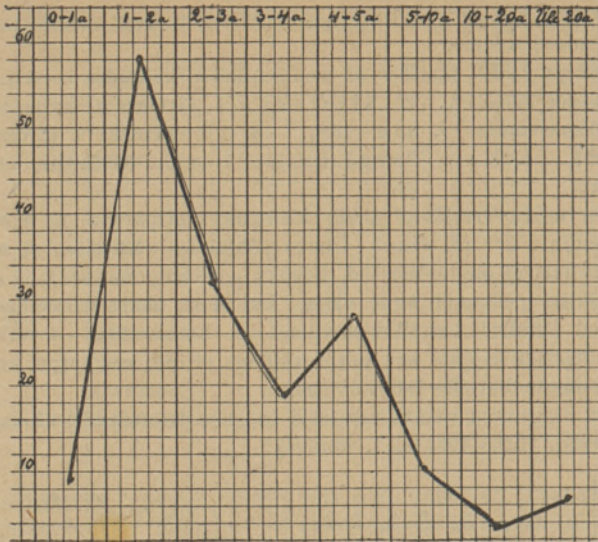
№ 1. Difteriiti haigeksjäämised eluaastate järele. — Erkrankungen an Diphtherie nach Lebensjahren.

Seega põevad meil difteriiti lapsed 1—5 aastases vanaduses suuremal arvul, kui sellest vanemas eas.

Küsimuse kohta, mitmendal päeval arstiabi on tulnud otsima ja esimest korda seerumi pritsitud, selgub üleriiklike arvude järele, et kaugelt suuremale osale haigetele 2—4 haiguse päeval esimene seerumi pritsimine tehti, kuna Tartu linna infektsiooni-haigemajas, kuhu haigeid väga hilja tuuakse, see alles 5—7 haiguse päeval enamiste sündis. Hilise haigemajasse toomise põhjusteks tuuakse ette teadmatust.

Mida varem seerumi sisse pritsitud, seda väiksèm on surevus. Hiljaksjäänud juhtumistel ei aita ka seerum enam. Ametivendade teadete järele on surma põhjusteks olnud: stenoos, südame tegevuse nõrkus, sepsis j. t. põhjused. Järgnev diagramm (№ 2) näitab, missuguses vanaduses meil difteriidihaigeid surevad:





№ 2. Surevus difteriiti, eluaastate järele. — Sterblichkeit an Diphtherie nach Lebensjahren.

Seega on kõige suurem surevus 1—3 eluaastateni. Selles vanaduses ei ole igakord kerge alguses haiguse jälgile saada. Laps avaldab alguses sedavõrd kerge haiguse muljet, et iseäralist tähendust sellele ei anta, lootes, et haigus iseenesest paraneb. Haigus muutub aga kiiresti raskemaks ja viimati jääb abi hiljaks.

Üldsurevus on meil (1936 haige pääle 302 surmajuhtumist) 15,5 %, mille juures stenoosi juhtumisi 20,3 % oli. Seerumita on ravitsetud 187 juhtumist, millest 38 surmaga on lõppenud (= 20,3 %).

Aastate järele kujuneb surevus järgmiselt: 1918. a. — 13,7 %; 1919. a. — 16,89 %; 1920. a. — 17,4 %; 1921. a. — 9 % (kuni 1. juulini). Teadete järele ametivendadelt on 1921. a. seerumi tarvitamine endisest suuremal määral sündinud.

Surevus Tartu linna infektsiooni-haigemajas on 1921. a. (kuni 25. novembrini) 8,69 % (46 haiguse juhtumisest surid 4). Kui haiguse juhtumised, mis kohe pääle haigemajasse jõudmise surmaga lõppesid, maha arvata, siis on surevus ainult 2,17 %, selle pääle vaatamata, et sissetulnud haigete hulgas stenoosi nähtustega oli 47,8 % (46 haigest 22).

Millega seletada seda üliväikest surevust haigemajas?

Suurem jagu meie arstidest tarvitab difteriidi seerumi 1000—2000 J. E., ainult väikene osa 3000—6000 ja üksikud — 4000—12000 J. E. Tartu linna infektsioonilises haigemajas olen seerumi tarvitamises, vanadust ja haiguse raskust arvesse võttes, põhimõtte järele käinud: võimalikult suure hulga antitoksiinidega haige keha üle ujutada, et nende mõju ulataks igasse kehaosasse ja gasse raku. Seerum on lihastesse pritsitud ja, haiguse raskust silmas pidades, iga 16—20 tunni järele korratud (3—4 korda on ettetulnud juhtu-

mistel tarvis olnud korrata), kuni antitoksiinide mõju avaldub. Senini on kõigesuurem kogudoosis olnud 28000 J. E.

Rikkaliku seerumi tarvitamise järele ei ole seerumi-haiguse nähtused mitte sagedamaks läinud. Ka anafülaksia ei ole korduva seerumi pritsimise järele karta. R. Walter leidis anafülaksia juhtumisi 0,03 %. Kui haige seisukord lubab, on tarvilik teha seerumi proovipritsimisi, millele 2—3 tunni järele dosis therapeutica järgneks. — Stenoosi puhul, kui südametegevus nõrkema hakkab, tarvis võimalikult kohe tracheotomia ette võtta, mille järele südametegevus paraneb.

Difteriidi arstimise juures on väga tähtis immuun üksuste sisaldus temas. Eestisse on sisse toodud seerumi, mis ajanõuetele ei vasta: ei avalda teraapötilist mõju, 1 cm<sup>3</sup> sisaldab vähem kui 500 J. E., üks jagu seerumi on liiga värskest tarvitusele lastud, mille sissepritsimisele kohaline reaktsioon ja 10 päevase vahega seerumihaigus järgnes.

Lõpu kokkuvõtte oleks järgmine:

1. Igasuguse seerumi sissevedu Eestisse sünniks riigi kontrollil.
2. Infektsiooniliste haiguste registreerimine peaks korralikumalt läbi viidama.
3. Difteriidi batsillide uurimine peaks igal kahtlasel kurguhaiguse juhtumisel ette võetama.
4. Linnade ja maakondade korraldustel peaks infektsiooniliste haiguste puhul tarvilikud bakterioloogilised uurimised maksuta võimaldatama.
5. Haigemajades ja erakorterites eraldatud haiged võiks säält lahkuda, kui kahekordne bakterioloogiline uurimine, mis 48 tunnilise vaheaja järele tehtud, eitava vastuse on annud.
6. Difteriidi seerumi lihakstesse pritsimist tuleks iga 16—20 tunni järele 1—6 päeva jooksul korrata, kuni haiguslised nähtused kaovad.
7. Peaks võimaldatama kõige vaesematele maksuta seerumi tarvitamist linnades ja maakondades.
8. Iga difteriidi batsillide kandja pääle tuleks kui latent haige pääle vaadata, kelle arstimine tarvilikuks peaks tunnistatama.
9. Kohalise desinfektsiooni pääle tuleks iseäranis suurt rõhku panna (haige röga, sülg, pesu, tarbeasjad j. n. e.): kui kohalik desinfektsioon täielik olnud, võiks kulukas ülddesinfektsioon ära jääda.
10. Infektsiooniliste haiguste ja üleüldse rahva arusaamise tõstmiseks tuleks viia tervishoid sunduslisena õpeainena rahvakoolidesse.

\* \* \*

Sellega lõppes kongressi teadusline osa. Sõna sai kongressi abiesimees Dr. med. J. Luiga teadaandeks, et kongressi juhatus ühes väljamaa ametvendadega on kahel istangul harutanud küsimust rajariikide arstkontade teaduslise kaastöötamise võimalustest, sihiga luua alalist teaduslikku kontakti mainit arstkontade vahel. Selles küsimuses esitatakse kongressile järgmine resoluatsioon (Eesti ja Saksa keeles):

1) Kongress tunnistas soovivat, et nende rahvaste arstkonnad, kes käesolevast kongressist osa võtavad, tulevikus üksteisele lähemale astuksid.

2) Selles suhtes tunnistas kongress tarvilikuks nimetada provisooriliselt osavõtnud arstide seast 2 isikut iga rahva kohta, kelle ülesandeks oma vahel kontakti pidades lähemalt välja selgitada, kas ja missugustel tingimistel sarnast lähenemist edendada tuleks.

3) Kongress soovitas nimetada selleks esialgselt: Soomest herra prof. Dr. Yrjö Kajava't Helsingist, kui arstide ühingu „Duodecimi“ esitajat ja herra prof. Dr. R. Tigerstedt'i Helsingist, kui Finska Läkareällskapet'i esitajat. Latvijast: Herra dozent Dr. Karl Barons'i ja hr. dozent Dr. Janis Jankovsky't. Leedust: herra Dr. Joosef Bagdonas't ja herra Dr. Franz Sližys't ja Eestist: Herra prof. Dr. Heinrich Koppel'i ja herra Dr. med. Luiga't. Ajutine keskkorraldus oleks Tartus herra prof. Heinrich Koppel'i juhatusel.

\*

1) Der Kongress hält es für wünschenswert, dass die Ärzteschaften derjenigen Völker, die am gegenwärtigen Kongress teilnehmen, in der Zukunft einander nähertreten sollten.

2) Der Kongress hält es für wünschenswert provisorisch zu ernennen von den am Kongresse teilgenommenen Ärzten je 2 von jedem Volke, deren Aufgabe es wäre, untereinander im Kontakte stehend, des näheren zu erörtern, ob und unter welchen Bedingungen eine solche Annäherung gefördert werden könnte.

3) Der Kongress schlägt vor zu diesem Zwecke interimistisch zu ernennen: von Finnland die Herren Prof. Yrjö Kajava als Vertreter des Ärzteverbandes „Duodecim“ und Prof. Robert Tigerstedt, als Vertreter der „Finska Läkareällskapet“, von Lettland: Herrn Dozenten Dr. Karl Barons und Herrn Dozenten Dr. Janis Jankowsky, von Littauen: Herrn Dr. Joseph Bagdonas und Herrn Dr. Franz Sližys, von Estland: Herrn Prof. Dr. Heinrich Koppel und Dr. med. Johann Luiga. Die interimistische Zentrale befindet sich in Dorpat, unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Koppel.

Resolutsioon võeti kongressi poolt vastu.

Sõna sai I kongressi-sektsiooni juhataja prof. Dr. A. Rammul, kes kongressile ette pani I (avaliku meditsiini) sektsioonis läbiharutatud ja vastuvõetud resolutsioonid (ilmuvad järgmises numbris). Need võeti vastu.

Sõna sai, edasi, III sektsiooni (võitlus suguhaiguste vastu) juhataja prof. Dr. A. Paldrock, sektsioonis vastuvõetud resolutsioonide ettepanemiseks kongressile (ilmuvad järgmises numbris). Ka need võeti vastu.

Koosoleku aujuhataja prof. Dr. T. Laitinen tänas kongressi juhatust, eriti ka sektsioonide juhatajaid ja sekretäre, kui ka referente ja läbirääkimistest osavõtjaid tehtud suure ja ilusa töö eest, mille järele koosoleku juhatause kongressi esimees prof. Dr. H. Koppel oma kätte võttis.

Kongressi juhatuse nimel avaldas prof. Dr. A. Paldrock tänu väljamaa ametvendadele, kes meid oma osavõtmisega austanud ja ühtlasi nii suurel määral rikastanud kongressi töid.

Soome arstkonna nimel vastas prof. Dr. Y. Kajava pikema eestikeelse kõnega, tänades Eesti ametvendi, iseäranis kongressi juhatust, tehtud suure töö eest, rõhutades eriti Eesti ja Soome arstkondade suguvennalikkude lähenemise tarvidust, millele praegune kongress, Eesti poolt algatatud, nii tubli aluse on pannud.

Läti arstkonna nimel ütles dotsent Dr. K. Barons ja Leedu oma nimel Dr. J. Bagdonas sooje tänu- ja tervitussõnu Eesti ametvendadele, soovides neile õnne ilusa algatusega rajariikide arstkondade lähendamise suhtes praeguse, nii hiilgavalt kordalainud kongressiga.

Kongressi esimees prof. Dr. H. Koppel oma lühikeses lõpukõnes avaldas lootust, et läinud tööpäevadel sõlmitud ametvennalikud sidemed saaksid olema kestvad ja nüüd algatud ühine koostöötamine saaks veel rikkalikumalt jätkuma tulevikus, teaduse ja kannatajate kaasinimeste kasuks. Täna veel kord kõiki meie töödest osavõtnud ametvendi, kuulutas ta kongressi lõpetatuks.

Koosolek lõppes kell  $1\frac{1}{2}$  õhtul.

\*

Kell 9 õhtul oli ühine bankett kongressi liikmetele ja nende daamidele, kui ka kutsutud võõrastele. Esimese kõne — Saksa keeles — pidas kongressi I aujuhataja prof. Dr. R. Tigerstedt Helsingist, kahetsedes, et ta seda mitte ei saa teha omas emakeeles: ainult selles saaks ta väljendada neid tundeid, mis teda liigutavad käesoleval momendil. Olles väga paljudest kongressidest omal pikal eluajal osa võtnud, ei mäleta ta kusagil ennast olevat vastu võetud nii suure labkuse ja südamlikkusega, kui nüüd Eestis. Siinviibimine on temale olnud rikkaks üleelamiseks, mille võimaldamise eest ta tänab Eesti ametvendi. Ta on saanud siin, nii arstiteaduse kui ka muudel aladel, mulje, et Eesti edasi on rühkimas suurte sammudega. Tõstab oma klaasi Eesti ametvendade terviseks! — Järghesid kõned ametvendade Zoega v. Manteuffel'i, Laitineni, Alksnis'e, Kajava, Béchamp'i, Bagdonasi, Nikula j. t. poolt, kellele vastasid H. Koppel, Paldrock, Puusepp, Neggo, Jürgenson ja t. Läti ja Leedu ametvendade nimel, kes kell  $10\frac{1}{4}$  lahkusid, et Riia poole sõita, ütles südamlikke lahkumise-sõnu dotsent

Dr. Barons. — Pääle selle jõudis kohale haiglase oleku pärast päev varemini ärasõitnud Dr. med. J. Brennsohn'ilt Riias tervitustelegramm. Viibiti koos ülendud meeleolul kuni ööse kella 2-ni. Siis lahkusid Soome ametvennad ühes teiste Tallinna poole sõitvate kongressi liikmetega.

Kongressi septsioonides vastuvõetud resolutsioonid ja mõningad üld-ülevaatest väljajäänud kongressi kõned ilmuvad lähemas numbris.

## Epilepsia ravitsemisest.

Prof. L. Puusepp,

Tartu Ülikooli Närvikliiniku direktor.

(L. Puusepp: De la traitement de l'épilepsie.)

(Lõpp.)

### B. Tagajärjed epilepsia kirurgilise ravitsuse juures.

Igasuguste terapötiliste meetodide kõrval tarvitatakse epilepsia juures ka kirurgilist arstimist ja umbes 15 aasta eest oli selle ravitsusviisi jaoks üles seatud nii palju indikatsioone, et pea-aegu iga epilepsia juhtumine opereeritud võis saada.

Praegusel ajal on see indikatsioonide ring juba natukene kitsendud, sest kaunis laialise materjaali põhjal selgub, et kirurgiline arstimine siin kaugeltki neid resultaate ei anna, mida temast alguses oodati. Minu poolt on üleüldse 20 aasta jooksul 316 juhtumist opereeritud, kusjuures haigus järgmisel kujul avaldus (võrdle tab. 2).

1) 49 juhtumist üldist primäär epilepsia't sagedate hoogudega (mitte vähem kui 1 kord päevas), ilma objektiivsete nähtusteta pääaju poolt ja ilma trauma'ta anamnees'is (Epilepsia essentialis).

2) 28 juhtumist üldist traumaatilist epilepsia't, kus anamnees'is pää trauma, kuid kus igasugused objektiivsed trauma tundemärgid päälul puudusid (Epil traum. comm.).

3) 46 juhtumist üldist traumaatilist epilepsia't, selgete objektiivsete pää trauma tundemärkidega (luu sissevajumine, armid, kohaline luu paksenemine ehk luuga kokkuliitunud sügavad naha armid) (Ep. traum comm.).

4) 43 juhtumist traumaatilist epilepsia't kohaliste nähtustega hoode algusega cortical tüübi järgi (Ep. traumat. cortic.).

5) 97 juhtumist üldist epilepsia't hoode algusega teatud tsentrumist cortical tüübi järgi, kuid ilma trauma'ta anamnees'is (Ep. corti. comm.).

Epilepsia kujud.	Operatsioonide koguarv	Hood kadusid 5 aastaks		Hood kadusid 3 aastaks	Hood kadusid 1 aastaks	Hood jäid harvemaks	Hood jäädväd nõrgemaks	Paranemata	Exitus letalis
			%						
1. Epilepsia essentialis . . .	40	—	—	1	2	4	5	27	1
a) status epilepticus . . .	9	—	—	—	1	3	3	—	2
2. Epilepsia traumatica . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a) Ep. traum. communis (ilma objekt. tundemärkideta) . . . . .	28	—	—	—	5	3	4	16	—
b) Ep. traum. communis (objekt. tundemärkidega)	46	2	4,3%	1	9	10	8	16	—
3. Epilepsia traumatica corticalis . . . . .	43	3	8%	3	18	6	7	6	—
4. Epilepsia corticalis communis . . . . .	97	4	4%	18	24	13	18	20	—
5. Epilepsia corticalis circumscripta . . . . .	23	4	17%	5	8	2	2	2	—
6. Epilepsia post laesionem organicam . . . . .	13	—	—	1	2	3	4	3	—
7. Epilepsia et idiotismus . .	19	—	—	2	4	7	6	—	—

6) 23 juhtumist cortical-epilepsia't ilma teadvuse kaotamiseta hoogude ajal, kus haigus ainult näo ja ekstremitetide krampides avaldus (Ep. cont. Jacksoni).

7) 13 juhtumist üldist epilepsia't pääaju põletiliste protsesside juures (encephalitis'e, meningoencephalitis'e, sclerosis disseminata tagajärjel).

8) 19 juhtumist üldist epilepsia't idiotismi juures. Operatsioon seisab trepanatsioonis, luu ja välise ajukesta kõrvaldamises — ventiili tegemises Kocher'i järgi — üldiste traumaatiliste kujude juures; cortical-epilepsia juures hoode algusega teatud liikmes kõrvaldatakse pääle selle veel aju koore (cortex) jagu, millele teatud tsentrum vastab. Nendel juhtumistel, kus luus või ajukestades muudatused leida on, kõrvaldatakse ka need viimased. Kui haiguse pesast kude suurel määral kõrvaldati, siis pandi sinna rasvakude asemele. 2 juhtumisel, kus fascia lata transplantatsioon tehti, ei olnud mingisuguseid tagajärgi näha — hood läksid veel intensiivimaks, nii et transplanteeritud kude kõrvaldada tuli. Ganglia sympathica'te kõrvaldamine, mida 3 juhtumisel tegin, ei annud mingisuguseid resultaate, nii et ka see ravitsusviis maha jäätud on (kõik need juhtumised kuuluvad 1 punkti alla).

Muidugi said niisuguse radikaalse abinõu, nagu operatsioon, tarvitamise eel haiged enne aastate jooksul broomiga ravitsetud,

ja ainult, kui viimane mingisugust mõju ei avaldanud, nii et hood rohkem kui 2 korda nädalas raskel kujul kordusid, tõsteti küsimus operatiivse arstimise üle üles. Ka pääle operatsiooni ravitseti haigeid broomiga ja peab tähendama, et peaaegu 75% juures broomi doosid palju väiksemad olid, kui enne operatsiooni; kuid siiski tekitas ka siin broomi andmise katkestamine kohe hoode intensiivsuse ja sageduse kasvamist.

Ainult 13 juhtumise juures (318 juhtumisest = 4%) võis lõpulikku paranemist tähele panna, nii et hood ei ilmunud 5 aasta jooksul, ühe juhtumise üle ma sain teated, et temal isegi 10 aasta jooksul hoogusid pole olnud, ja et ta end täielikult tervena tunneb. 29 haige juures (= 11%) ilmusid hood uuesti 3 aasta pärast. Esimese aasta jooksul pääle operatsiooni ei olnud hoogusid 71 haigel (= 28%), ja kui siia veel juurde lisada 42 juhtumist esimesest liigist, siis saame siia kuuluvatena 113 ehk  $\frac{1}{3}$  kõigist juhtumistest.

Minu juhtumistest selgub, et primäär epilepsia ja idiotismi juures operatiivne ravitsemine peaaegu mingisuguseid tagajärgi ei anna; status epilepticus'e ravitsemiseks on ikkagi veel kõige paremad abinõud isopral — (4 gr.), amylen — (4—6-ga) ehk chloralhydrat klistiirid mingisuguse diureticum'iga, paha südame-tegevuse juures — verelaskmine (Redlich'i järgi) ja intravenöös-injektsioon mingisugust cardiacum'i (digifolin); Hauptmann soovitab ka siin luminaali, nimelt doosides 0,3—0,5, 2—3 korda 18 kuni 24 tunni jooksul. Nendel juhtumistel, kus kõik need abinõud mingisuguseid resultate ei anna, tuleb operatsioon ette võtta.

Võrreldes tab. № 2 andmeid, näeme, et kõige paremaid tagajärgi operatsioon piiratud cortical-epilepsia juures annab, kus hood teatud kehaosas lokaliseeritud on. Nendel juhtumistel sain mina 17% täielist tervekssaamist — siin oli tegemist haigetega, kus hood veel võrdlemisi lühikest aega kestnud, ja kus anatoomiliselt selgeid muudatusi aju koos konstateerida võis. Kõigi nende juhtumiste juures kõrvaldati vastav ajukoore jagu. Peab ainult tähendama, et äritamise juures elektri vooluga siin tüüpilisi hoogusid ka juba väikse voolu juures saab. See äritus on ainult teatud ergurakkude grupis lokaliseeritud ja see viimane rakkude grupp peabki operatiivsel teel kõrvaldud saama. Traumaatilise piiratud kortikaal epilepsia juures (p. 3) on operatsiooni tagajärjed vähem rahuloldavad, tervekssaamist ainult 8%. See asjaolu on nähtavasti seletatav selleläbi, et trauma muudatusi mitte ainult teatud kohas, vaid ka teistes lähedal olevates ajujagudes esile kutsub, nii et teatud tsentrumi kõrvaldamine veel mitte hoogude kadumist ei too.

Veel pahem on asi traumaatilise epilepsia juures üldiste hoogudega (p. 2—6) siin on tervekssaamise protsent kõigest 4,3%; seegi on seletatav selleläbi, et aju teised jaod trauma juures vigastati.

Lõpuks annavad veel väikest tervekssaamise protsenti (4%) kortikaal epilepsia'd mitte traumaatilise etioloogiaga (p. 4).

Need juhtumised pakuvad teatud võimaluse detaalsemaid indikatsioone operatsioonile kindlaks teha. Peab silmas pidama krampide laialilagunemist ja pääaju seisukorda, sest et piiratud krambid, mis mõnikord isegi kortikaal-krampe meelde tuletavad, ka teiste pääaju jagude vigastuste juures ette võivad tulla, vaatamata selle pääle, et kaugel ajukoorest lokaliseeruvate protsesside mõju võimalik on, nagu näit. kasvajate juures ponto-cerebellar nurgas, ehk hydrocephalus'e juures.

Mis puutub konstateeritud muudatustesse, siis võib nende kohta järgmist tähendada: üldise primäär epilepsia juures ei olnud mingisuguseid muudatusi leida 24 juhtumisel, osalt kandsid nad diffuus muudatuste iseloomu, 4 juhtumisel oli kõva ajukesta paksenemist märgata, kus juures art. meningeae media skleroseeritud oli, vaatamata võrdlemisi noore eluea pääle (23—32 van.) 12 juhtumisel võis pehme ajukesta tumenemist, tõmbsoonte laienemist ja ajurõhumise kõrgendamist märgata, nii et pääaju läbi tehtud lõhe välja rõhuti; kui pääle paksenenud arachnoidea läbilõikamise hulk vedelikku välja oli jooksnud, langes aju kokku. Nähtavasti oli nendel juhtumistel läbipõetud seröös leptomeningiidiga tegemist.

Status epilepticus'e juures astus pääaju alati läbi tehtud lõhe välja, igal juhtumisel olid kestade tõmbsooned ja ajukoore sooned laienenud, aju kude ei pulseerinud. Vedelik tungis läbi kestade. Arachnoidea oli ka märksa paksenenud ja tumenenud. Lõike järel läbi arachnoidea jooksis palju vedelikku välja, pääaju hakkas pulseerima, langes kokku, mille järele hood ära kadusid.

Traumaatilise epilepsia juures, ilma objektiivsete tundemärkideta, ei olnud harilikult mingisuguseid muudatusi ajukooses märgata, ka ajukestad ei olnud selgelt paksenenud. Ainult 2 juhtumisel võis pia ja arachnoidea paksenemist tähele panna. Nende juhtumiste juures jäid, sellest vaatamata, hood nõrgemaks.

Niisamasuguseid muudatusi võis ka üldise traumaatilise epilepsia juures näha, kus trauma mitte motoorilistes tsentrumites lokaliseeritud ei olnud.

Epilepsia traumatica corticalis'e juures olid peaaegu kõigil juhtumistel muudatused ajukestades leida, harilikult paksenemine ja tumenemine arachnoidea's ja aju tõmbsoonte laienemine. 18 juhtumisel võis liitumisi arachnoidea ja pia vahel motoorilistes ajukoore jagudes näha; need liitumised kõrvaldati sondi abil, kusjuures kaugemale pia ja arachnoidea vahele tungida korda läks.

Nendest operatsioonidest andsid 3 hoogude kadumist 5 aasta jooksul, kuna teiste juures ainult paranemist tähele panna võis.

Kortikaal mitte-traumaatilise epilepsia juures nägin ma seröös küstisid 37 juhtumisel, nendest andsid 2 hoogude kadumist 5 aasta jooksul, 7—3 aasta jooksul, 22 — paranemist, kuna 6 juhtumist muutuseta jäid. 20 juhtumisel võis tähele panna arachnoidea pakse-



nemist ja tema kokkukasvamist pehme ajukestaga. Pääle nende kokkukasvamiste kõrvaldamise oli näha hoogude kadumist 5 aasta jooksul 1 juhtumisel, 1 aastaks 17 juhtumisel, paranemist — 1, ja muutuseta jäi 1 juhtumine. — 23 korda võis konstateeri kohalist kõva ajukesta paksenemist, tema kokkukasvamist arachnoidea'ga ja sõlmetaolist soonte laienemist. Kokkukasvamised ja paksendud kestade jaod kõrvaldati. 10 haigel kadusid hooed 3 aastaks, paranemist tuli ette 5 juures. 8 jäid muutuseta. 10 juhtumisel oli leida kohalikke muudatusi veresoontes, variköös tõmbsoonte laienemist ja küstetaolisi kasvajaid motoorilistes regioonides. Nendest juhtumistest andsid: 1 hoogude kadumist 5 aasta jooksul, 7 paranemist ja 2 jäid muutuseta. 2 juhtumisel olid selged laienenud tõmbsoonte sõlmed ajukooses, mis kõrvaldati: 1 haigel hoogude kadumine 1 aasta jooksul, teisel paranemine. 5 juhtumisel ei olnud nähtavaid muudatusi: 2 paranemist, 3 muutuseta.

Seega ei anna ka operatiivne ravitsemine nendel juhtumistel rahulolevaid tagajärgi, vaatamata selle pääle, et leiti orgaanilised muudatused ja isegi äritatud ajukoore tsentrum kõrvaldati. See asjaolu oleneb vististi sellest, et need muudatused juba terve ajukoore äritavuse kõrgendamist sünnitada jõudsid; olid ju ka hooed üldise iseloomuga.

Piiratud kortikaal-epilepsia juures leiti 6 juhtumisel pehme ajukesta paksenemist ja tumenemist, liitumisi arachnoidea ja dura vahel ja küstetaolisi kasvajaid aju kooses: 2 paranemist, 2 tervekssaamist ja 2 muutuseta.

17 juhtumisel võis näha muudatusi veresoontes, motoorilistes ajukoore tsentrumites olid kõvad liitumised, ajukestad paksenenud. See tsentrum, kust hoog algas, kõrvaldati: 2 — tervekssaamist, 5 — hoogude kadumist 3 aasta jooksul, 8 — 1 aasta jooksul ja 2 — hoogude harvemaks jäämist.

Epilepsia juures orgaaniliste ajuhaiguste tagajärjel leidsid järgmised muudatused: 8 cerebral lastehalvatuse juures suured küsted ajukooses ja subkortikaal osades, pähkla kuni õuna suuruseni. Küsted avati, kõva ajukest ja luu kõrvaldati, ainult 1 juhtumisel kadusid hooed 3 aastaks, kuid ilmusid pärast jälle, 3 juhtumist jäid muutuseta. — 3 juhtumisel leidsin ma armitaolisi muudatusi ajukooses ja pehmes ajukestas, mis sklerootilist iseloomu kandsid: paranemine nendel kõigil juhtumistel seisis ainult hoogude harvemaks jäämises. 2 juhtumisel, kus epilepsia läbi põetud meningiidi tagajärjel tekkinud, oli leida diffuus kestade muudatusi ja nende liitumisi ajukoorega: nendel juhtumistel oli ainult paranemist märgata. Idiotismi juures olid diffuus muudatused pääajus ja kestades; viimastel juhtumistel võis paranemist tähele panna, kuna teised muutuseta jäid. 8 kohaliku traumatilise epilepsia juhtumisel korrasin ma operatsiooni: 3 juhtumisel oli esimene operatsioon väljamaal tehtud. Teine operatsioon seisis käeliigutuste tsentrumi kõrvaldamises, kus juures osteoplastilist meetodi tarvitasin. Esimese 3 kuu jooksul ei olnud

mingisuguseid hoogusid, kuid siis läksid hood veel ägedamaks, kui pääle esimest operatsiooni. Siis kõrvaldasin ma luu ja kõva ajukesta, mille järgi 1 haigel 5 aasta jooksul enam hoogusid ei olnud, 1 ei olnud hoogusid 3 ja 1—2 aasta jooksul.

5 kortikaal-epilepsia juhtumisel tegin ma teisekordse operatsiooni teisest küljest (4 aastat pääle esimest), niisamuti ka 3 juhtumisel (8—9 kuud pääle esimest). Nendel juhtumistel olid hood teisel küljel ilmuma hakanud. Pääle teise operatsiooni jäid hood palju harvemaks ja nõrgemaks. — Üleval ettetoodud 3 juhtumist näitavad, et epilepsia operatsioonide juures ka luu tuleb kõrvaldada, sest et selleläbi ka teatud ventiil loodakse, nii et hoo ajal kõrgendud aju rõhumine kompenseeruda võib.

Terapöitilise ja operatiivse epilepsia ravitsuse tagajärgi üle vaadates, jõuame järgmistele otsustele:

1) Terapöitiline epilepsia ravitsemine ei ole veel seniajani rahuldavaid resultaate annud lõpuliku tervekssaamise mõttes.

2) Kõige mõjuvamad abinõud on broom ja luminaal.

3) Ka operatiivne ravitsemine ei ole epilepsia juures täitsa tagajärjerikas; võrdlemisi kõrge tervekssaamise protsendi annab ta kortikaal-epilepsia juures, kus ta terapöitilisest ravitsemisest kõrgemale seada tuleb.

Enda kogemuste põhjal võin ma järgmised indikatsioonid operatiivseks ravitsemiseks epilepsia juures üles seada:

1) Epilepsia essentialis'e juures on operatsioon ainult status epilepticus'e ajal inditseeritud.

2) Üldise traumaatilise epilepsia kirurgiline ravitsus on ainult sagedate ja raskete hoogude juures inditseeritud.

3,4) Traumaatilise epilepsia juures lokaliseeritud krampidega on operatsioon inditseeritud, niisamuti kortikaal-epilepsia juures lokaliseeritud krampidega.

5) Teiste epilepsia kujude juures ei ole operatsioon mitte inditseeritud, kuid sagedate ja raskete hoogude juures võib seda ette võtta, kuna pääle selle hood harvemaks jäävad ja terapöitiline ravitsus suuremat mõju annab.

6) Operatsioon peab nii luu, kui ka kõva ajukesta kõrvaldamises seisma (dekompressiivne operatsioon), kusjuures, pääle muudetud koe, ka ajukoore jagu, kust hoog algab, kõrvaldada tuleb. Viimane iseäranis siis, kui äritamise juures elektri vooluga see jagu nõrga voolu juures kloonilisi krampe esile kutsub.

## Tuberkuloosi vastu võitlemise alused.

Dr. med. K. Schlossmann.

Tartu Ülikooli bakterioloogia kabineti juhataja.

(Schlossmann: Les principes de la lutte contre la tuberculose.)

„Toutes les fois qu'une race est menacée par une maladie contagieuse, c'est la graine qu'il faut préserver“. Pasteur.

Tuberkuloos on kultuura riikide krooniline taud, mis oma ohvrite arvuga eitse taudide keskel esimesel kohal seisab. Ükski riik ei suuda kindlaks määrata tiisikusidudega infitseeritute arvu ja tuberkuloosi surevuse registreerimine on võimalik ainult hästikorraldatud arstlise valve puhul. Daanimaal tehti 1920. a. esimest korda katsed tuberkuloosi surevuse kindlaksmääramisega kogu rahva juures, mille puhul selgus, et süäl 1920. a. suri tuberkuloosi tagajärjel 10,62 inimest iga 10.000 elaniku pääle, nendest 8,16 kopsutiisikusse. Ei olnud märgata suurt vahet linnades ja maal: Kopenhaagenis oli surevus 9,34, väikestes linnades 8,87 ja maal 7,51 iga 10.000 elaniku pääle. Samal aastal katsuti Inglismaal kahes maaosas tuberkuloosi surevust kindlaks määrata, kus selgus, et ühes maaosas suri 11,26 ja teises 12,40 iga 10.000 elaniku pääle, kopsutiisikusse 8,87 esimeses ja 8,6 teises maaosas.

Varssavi linna kohta on kindlamad andmed, kust leiame, et :

1913. a.	1754 in.	tuberkuloosi suri,	sellega	20,8	iga	10.000 elaniku pääle.
1915. a.	2776 in.	"	"	31,9	"	10.000 " "
1916. a.	4032 in.	"	"	48,5	"	10.000 " "
1917. a.	7282 in.	"	"	94,8	"	10.000 " "

Eesti kohta ei ole veel võimalik kindlaid arvusid selles suhtes ette tuua, aga puudulikudki andmed ja isiklik tähelepanu lubavad oletada, et meil tegemist on suure tuberkuloosi surevusega. Sellepärast ei ole meil vähem põhjust, kui teistel riikidel tuberkuloosi kui laialise taudi pääle vaadata ja tema vastu võitlemiseks abinõusid tarvitusele võtta, mis soovitavat tagajärge võiks tuua. Aeg, kus arst „hää rohuga“ tuberkuloosi vastu võitles, on mööda, ehk õigemini, ei ole veel tulnud. Tuberkuloos on taud ja epidemioloogilised uurimised tõendavad, et taudidega võitlemiseks on kõige mõjuvamaks abinõuks profülaktiline võitlemisviis.

Tuberkuloosi taudiga võitlemine on viljarikas ainult siis, kui sellest suuremad hulgad arusaamisega osa võtavad.

Tiisikusidud võivad inimest igas elueas tabada. Varem peeti rinnalaste tuberkuloosi väga haruldaseks nähtuseks, mille tõttu haigus sagedasti tähele panemata jäi. Põhjalikud kliinilised uurimised, patoloogisanatoomilised andmed ja tuberkuliini reaktsioon tõendavad, et eelmine arvamine vale alusel seisis. Autorid uurisid tuberkuliini reaktsiooni laste keskel kuni 6 kuu vanaduseni ja nägid, et ta on positiivne:

2 % von Pirquet'i ja Gangofner'i, 10 % Mantoux ja Lemaire andmete järele kuni 1 aasta vanaduseni oli reaktsioon positiivne:

3 % (von Pirquet), 12 % (Gangofner), 9 % (Hamburger), 12—16 % (Mantoux ja Lemaire).

Võrdleme rinnalaste tuberkuloosi surevust nende üldise surevusega, siis leiame, et tuberkuloosi pääle langeb:

0— 3 kuu vanaduseni	1,16 %	kuni 7 %
3— 6 „ „	8 %	„ 18 %
6—12 „ „	16 %	„ 27 %
12— ja vanemad	23 %	„ 43 %

Need on arvud, mida Hutinel, Kuss, Comby, Mantoux, Kossel, Hamburger ja Biswinger arvurikka uurimiste põhjal kindlaks määrasid.

Rinnalaste tuberkuloosi leidub sagedasti vaesema rahva kihtides, iseäranis suurtes linnades töörahva keskel. Debré on kindel, et ka maal rinnalaste tuberkuloos sagedasti ette tuleb, ehk küll statistilised andmed selleks alles puuduvad. Arst, kes maal pabades tingimustes töötab, ei suuda igakord rinnalapse surma põhjust kindlaks määrata, mille tõttu paljud tuberkuloosi juhused tähelepanemata jäävad. Prof. Schlossmann arvab, et rinnalaste tuberkuloosi vähem leidub jõuka rahva keskel. Seda arvamist ei või üldiselt mitte maksvaks tunnistada. H. Bruning (Rostock) uuris oma erapraktikas jõuka rahva keskel rinnalaste tuberkulüüni reaktsiooni ja leidis, et ta on positiivne:

0—1 a. vanaduses	6,3 %
1—2 „ „	21,4 %

Rajada püüdes tuberkuloosi taudiga võitlemist profülaktilisele alusele, peab kahjuks tunnistama, et selle faktori pääle kuni viimase ajani vähe rõhku pandi. Alles uue aja uurimised pakuvad otsekoheseid näpunäiteid selles suhtes.

Senini oldi arvamisel, et rinnalaste tuberkuloos on päritud infektsioon, kus tiisikusidud haigetelt vanematelt loode külge üle rändavad. Nüüd aga on selgunud, et sarnane arvamine on põhjendamata: munaraku infektsioonist ei või nähtavasti juttugi olla ja loode infektsioon päramiste kaudu on sedavõrd haruldane nähtus, et ta praktiliselt suurt huvi ei paku. Kongenitaalse tuberkuloosi võimalust eitavad kõik kuulsad tuberkuloosi uurijad (Calmette, L. Bernard, Sergent, Hayeck jne.), aga palju on neid, kes arvavad, et tuberkuloosi põdevate vanemate lapsed pärivad vastava pinna oma organismis, kus tiisikusidud takistamata võivad sigida.

Klassiline doktriin tõendab, et tuberkulooshaigete vanemate lapsed sünnivad harilikult enneaegu ja surevad kiirelt arenematusel-nõrkuse tagajärjel. Sünnivad need lapsed aga õigel ajal ja jäävad ellu, siis on nad nõrgad, degenereruvad, on määratud kadumisele, ette valmistatud kõiksugu infektsioonidele (Laudouzy), haiglased kogu oma elu kestvusel (Sergent), neil on habitus, mis orgaanilistest puudustest räägib (Hutinel). Kõik profülaktilised abinõud rinnalaste tuberkuloosiga võitlemises oleks asjata, kui see klassiline doktriin „heredo-tuberculosis dystrophicause-Laudouzy“ täielikult tõe alusel seisaks. Õnneks on see doktriin väga liialdud. Pinard, Lequeux, Aviragnet, Schlossmann, Comby ja t. uurimised näitavad, et midagi ei ole märgata tiisikushaigete vanemate laste välimuses, mis nende tuberkuloosilisest algusest tunnistust annaks, nad on sama häa väljanägemisega ja tugevad, kui tervete vanemate omad. Küll leidsid Debré ja Laplane Pariisis Laennec'i haigemaja laste söömes, et tuberkulooshaigete emade lastest 14 % enneaegu sündisid, Charrin, Delamare, Gordeau, Vittoz ja Péaud andmete järele teeb see isegi 34—40 % välja. Ema tuberkuloos aga ei ole mitte igal juhtumisel enneaegse sünnituse põhjuseks,

ainult nende emade keskel, kes raskel kujul tuberkuloosi põevad, tuleb enne-  
aegne sünnitus sagedasti ilmsiks.

Tuberkulooshaigete emade laste raskus on keskmiselt 3.219 grammi, mis tervete emade laste keskmisele raskusele vastaks, kuna tuberkuloos isade lapsed ilmale tulles keskmiselt 3.312 gr. kaaluvad, mis koguni suurem on, kui tervete vanemate laste keskmine raskus. Praegusel ajal on kindel, et tuberkulooshaigete vanemate lapsed sünnivad orgaaniliselt tervetena ja arvatakse pärvus ei takista mitte nende kasvu ja normaal arenemist (Calmette, L. Bernard, Debry, Hayk j. n. e.). Sarnane otsus on maksev aga ainult nende laste kohta, keda otsekohe pärast sündimist tiisikushaigetest vanematest täielikult eraldakse ja nii kõrvaldakse võimalus infektsiooni pärast sündimist organismi tungimisele. Viimast tähtsat asjaolu ei pidanud silmas klassilised autorid, mispärast nendel oletustel pärvuse suhtes tõe alus puudub.

Debré ja Laplanc'i uurimistest selgub, et tiisikushaigete vanemate lapsed, keda otsekohe pärast sündimist vanematest eraldakse ja häädes elutingimustes kasvatakse, ka edaspidi loomulikult arenevad. Nad ei ole vastuvõtlikumad hakkavatele haigustele, ei kannata rohkem mitmekesiste lastehaiguste all ja nende keskmine surevus ei ole suurem, kui tervete vanemate lastel.

Teiselt poolt kõik praeguse aja kuulsad tuberkuloosi tundjad (Calmette, Debré, L. Bernard, Hayek, Philip jne.) tunnistavad, et tuberkuloosi saab tingimata see rinnalaps, kes tiisikushaiges perekonnas viibib. Sellega oleks sarnased perekonnad esimeseks kohaks, kuhu meie tuberkuloosi profülaktikat peame juhtima, et laste tiisikuse vastu võitlemises häid tagajärgi saavutada. Selles mõttes võttis ka III. rahvusvaheline tiisikuse vastu võitlemise kongress Brüsselis ühel häälel otsuse vastu: „mis puutub rinnalastesse, siis leiab kongress, et pärvus ei etenda mingit osa, vastutav tuberkuloosi infektsiooni saamiseks on ainult kokkupuutumine“.

Kui omal ajal Graucher ja Behring kindlaks tegid, et tiisikuse infektsioon saab oma alguse enamiste lapseas, tekkis kiirelt arvamise, et tuberkuloosi põdeva lehma piim lapsi soolte kaudu infitseerib. Martel ja Ostertag leidsid nisade tuberkuloosi põdeva lehma piimas kuni 100.000 tuberkuloosi batsilli ühes ccm. Rabinovitsch, Kempner, Moussu, Mohleri ja Ishiwara leidsid, et 10—20% nendest lemadest, kellele tuberkuliini reaktsioon positiivne, kuid kellel nisade tuberkuloosi märgata ei ole, piim siiski tiisikusidusid sisaldab. Suurlinnade turgudelt võetud piima proovid sisaldasid 11—20% juhtumistel tiisikusidusid. Sarnase piimaga võib merisiga naha alla pritsides infitseerida, kuid tekib küsimus, kas sama piim ka rinnalast soolte kaudu võib infitseerida? Hess, Weber ja Ungermann oletavad oma uurimiste põhjal, et tiisikushaige lehma piimaga niihästi rinnalaste kui vanemate inimeste infektsiooni võimalused on väga piiratud. Buenos-Ayres'is on lehmade tuberkuloos haruldane nähtus ja uuritud piima proovid sisaldasid ainult üksikutel juhtumistel tiisikusidusid, kuna Buenos-Ayres'is leidub inimeste keskel rohkem tuberkuloosi, kui suurtes Euroopa linnades. Sedasama võib ka Jaapani kohta ütelda. Praegusel ajal on maksivad selles küsimuses järgmised põhimõtted: 1. Inimeste võivad infitseerida lehmade tiisikusidud (typus bovinus). 2. Sarnane infektsioon on väga piiratud, ka laste juures; 3. Inimeste juures leitud lehmade tiisikusidud (typus bovinus) ei tõenda veel, et infektsioon piimast alguse sai, infektsioon võis kokkupuutumise teel edasi minna haigest inimesest, kes typus bovinus batsille kandis. Sellest näeme, et

piima steriliseerimisega, mis iseenesest väga soovitatav mitmesugustel põhjustel, meie palju ära ei suuda teha tuberkuloosi vastu võitlemises. Tuberkuloosi profülaktikat peab juhtima sinna, kus hädaoht suurem.

Lapse viibimine tiisikushaigés perekonnas on temale igal juhtumisel kardetav; kardetavad on temale kõik tiisikushaiged perekonnaliikmed, iseäranis aga haige ema. Sarnases perekonnas viibib rinnalaps korduva massilise infektsiooni mõju all, mis Calmette arvates kõige hädaohtlikum on lapsele.

Palju on vaieldud küsimuse üle, kas võib tiisikushaige ema last infitseerida rinna piimaga? Fede, de Bonis, Biehler, Forster, Schlossmann, Meyer, Wang, Coonley ja teised tõendavad, et tiisikushaige ema rinna piim tiisikusbatsille ei sisalda. Roger, Garnier, Fuster, Moussu, Chambrelent ja Vallée võisid tiisikushaige ema rinnapiimaga mõnel juhtumisel merisiga infitseeri. Nemad tõendavad aga, et tuberkuloosi batsille ainult väiksel hulgal leidub rinnapiimas, mille pärast ka sellega laste infitseerimise võimalus on piiratud. Saab rinnalaps tuberkulooshaigelt emalt infektsiooni, siis peab selle põhjust kokkupuutumises otsima. Debré ja Léon Bernard uurisid kontakti kestvust tiisikushaige emaga 86 tiisikushaige lapse juures ja leidsid selle:

0—15 päevani	2	juhtumisel,
15—30	3	”
1—3 kuuni	24	”
3—6	14	”
6—12	21	”
1—1½ aastani	13	”
1½ aastat ja rohkem	9	”

Need andmed tõendavad, et lühikest aega kestev kontakt rinnalapse tuberkuloosi infektsiooni põhjuseks võib olla, et seega rinnalast kiirelt tuberkuloosi emast peab eraldama. Mida lühemat aega kestab kontakt tiisikushaige ema ja tema rinnalapse vahel, seda vähem laste infektsiooni võimalus. Debré ja Leon Bernard arvavad, et rinnalaps võib pääseda tiisikuse infektsioonist ainult siis, kui ta vähem kui 3 kuud kontaktis viibib tuberkulooshaige emaga, 6 kuulise kontakti järele ei ole pea ühtegi pääsemise lootust.

Prof. Hutinel tõendab, et esimesel eluaastal saadud infektsioon on surmav igal juhtumisel, teisel eluaastal infitseeritud lastest pääsevad ainult üksikud. Alates 1907. a., kui tuberkuliini reaktsioon üldist tarvitust leidis, muutus vaade rinnalaste tuberkuloosi üle. Nähti, et hulk rinnalapsi positiivse tuberkuliini reaktsiooniga kliinilisi sümptome ei avaldanud. Combe, Hess, Kahn, Schick, Pillak, Hamburger ja paljud teised tulid otsusele, et positiivne tuberkuliini reaktsioon igal juhtumisel veel rinnalapse surma ära ei määra, kuid näitab, et lapse organism juba infitseeritud on. Debré, L. Bernard, Jacquet, Parof, Laplanc tõendavad, et rinnalapse tuberkuloosi infektsioon ainult siis latentseks võib jääda ja laps surmast pääseb, kui meie teda korduva ja kauakestva kontakti eest kaitseme.

Rinnalaste tuberkuloosi vastu võitlemises peab, kokku võttes, järgnevaid põhimõteteid silmas pidama: 1) Lühikest aega kestev rinnalapse kontakt tiisikushaigetega jätkub lapse infitseerimiseks; 2) Tiisikuse infektsioon on seda kardetavam, mida noorem on laps; 3) Infitseerib rinnalast tiisikushaige, kes lapsega vahetpidamata kokku puutub (ema, isa, perekonna liikmed) ilma pro-

fülaktiliste abinõude tarvitamata; ja viibib laps sääljures pahades elutingimustes, siis on infektsioon lapsele harilikult fataalne; 4) Jääb infitseeritud rinnalaps ellu vähemalt ühe kuu jooksul pärast täielikku eraldamist infektsiooni pesast, siis on võimalus, et ta infektsioonist võitu saab, mis siis latentseks muutub. Profülaktilises võitluses rinnalaste tuberkuloosiga seisab seega esimesel kohal rinnalapse täielik eraldamine tuberkulooshaigest emast, kui kõige hädaohtlikumast infektsiooni allikast.

Tihipääle näeme, et neil kordadel, kus rinnalapse eraldamine tiisikushaigest, emast võimata, viimasele ära keelatakse last toitmast rinnapiimaga, soovitades selle asemele pudelist toitmist lehmapiimaga. Lapselt rõõvitakse nii temale tarvilik ema rinnapiim, mis infektsiooni suhtes suuremat hädaohtu lapsele ei kujuta, kuna laps kardetava kontakti mõju alla jääb. Otstarbekohasem on juba neil kordadel, kus ema tervis rinnaga toitmise all ei kannata, viimast lubada, last kaitstes kõhime teel eralduvate ja ema ümbruses viivate tiisikusidude eest. Tegelikult toimetakse seda järgmiselt: ema peseb enne rinnaga toitmist oma käed puhtaks, paneb selga puhta jaki, katab näo puhta linasest riidest kattega ja pääle selle pannakse laps rinna külge. Sel teel on võimalik last kaitsta nende tiisikusidude eest, mida ema kõhides eraldab, ja kokkupuutumise eest infitseeritud riidetega. Seda lihtsat, kuid mõjuvat profülaktilist abinõu peab tarvitama niihästi koduses elus, kui sünnitusmajades.

Ei või tähendamata jätta, et meie sünnitusmajades sagedasti rinnalaste tuberkuloosi profülaktika silmatorkavalt kannatab. Sünnitusarstil ei ole võimalik igal juhtumisel otsustada, kas ema infektsiooni suhtes kardetav on lapsele, mille tõttu laps sagedasti kontakti hädaohtu jääb. Sarnase nähtuse kõrvaldamiseks peaksid sünnitusmajade arstid koos töötama nende arstidega, kes ennast eriliselt on täiendanud tuberkuloosi alal. Tuberkuloosi tundja avitaks ära määrata, kas ema rinnaga võib last toita, kas last osaliselt või täielikult eraldama peab, ja kuidas eraldamist tegelikult kõige lihtsam oleks toimetada. Samati peab ka raskejalgsede emade nõuandekohtades ema tuberkuloosi üle selgusele jõutama ja ema tutvustama tuberkuloosi profülaktikaga, sest vähe leidub emasid, kes otsekohe nõus oleks ära andma oma last eraldamiseks, kui see tarvilik on.

Üldse iga organisatsioon, kes tuberkuloosi vastu võitlust korraldab, peab katsuma valgustada tiisikuse alal rahva kihtisid, eestkätt emasid. Seda suurt ülesannet täidavad kõige kohasemalt maksuta nõuandekohad (dispensairid) kus tiisikuse vastu võitlemiseks ettevalmistatud personaal töötab. Sarnased nõuandekohad katavad juba tiheda võrguna Prantsusemaal, Inglisemaal, Ameerikas ja nende suure tähtsuse üle ei kahtle enam keegi, kes nende tegevust tunneb. Rahva kasvatuses võib suurt osa etendada ka iga praktiline arst. Tema tunneb kõige ligemalt oma patsientide elutingimusi ja nende puudusi tervishoiu alal ja oskab selle tõttu anda kõige kohasemalt nõu vigade parandamiseks. Selleks aga on tarvis, et arst ise tuberkuloosi infektsiooniga ligemalt tutvuneks, ja et temal hää tahtmine ei puuduks rahva kasuks töötamiseks.

Täielik rinnalaste tiisikuse profülaktika on võimalik vastavas laste söömes, nii kui neid juba Prantsusemaal, Itaalias, Inglisemaal, Ameerikas ja Greekemaal laiemalt tuntakse. Sarnase asutuse pääülesandeks on rinnalapse eraldamine võimalikult kohe pärast sündimist tiisikushaigest emast. Visiteerijad ja nõuandekohad kannavad hoolt, et tuberkulooshaige ema kohe pärast sün-

nitust haigemajasse astuks, kus laps ja ema täielikult isoleeritud ruumis viivad. Ruum, kus tuberkulooshaiged emad viivad, kujutab haigemaja tuberkulooshaigetele, kuna laste ruumi otse rinnalaste söimeks võiks nimetada. Sääal uuritakse põhjalikult ema haigust ja antakse vastavat abi, ning otsustatakse, kas ema last rinnaga toita võib. Leitakse, et ema rinnapiim lapsele kahjulik ei ole, siis lubatakse rinnaga toitmist, kus juures täpikäpalt profülaktikat tarvitakse, millest ülevalpool kuulsime. Kui ema tuberkuloos avaldub raskel kujul, siis eraldakse laps ja keelatakse emal rinnaga toitmine kas otsekohe ehk progressiivselt. Tarbekorral toidavad lapsi ammed. Tõuseb küsimus, kas emad nõus on ennast sarnase kareda nõudmise alla paenutama? Pariisi katse näitas, et alguses raskustega oli tegemist, kuid kiirelt kasvas laiemates ringkondades arusaamine sarnase korralduse tarviduse üle ja emad ei tõrkunud enam lapsi eraldamast. Sarnaste asutuste personaal peab ette valmistatud olema, et ta tarvilikku distsipliini alal hoiaks ja selle täpikäpale täitmise järel valvaks. (Järgneb.)

## Põhja-Balti arstide selts 1912—1918—1922.

Drd. med. A. Lüüs, P.-B. arstideseltsi I. kirjatoimetaja.

Arstideseltsi asutamise mõte mõlkus vanemate ametivendade pääs (H. Koppel, P. Hellat) juba ammu aega. 1910. a. Tallinna laulupidu ajal peeti Dr. Hellat'i eestvõttel esimene avalik nõupidamine seltsi asutamise pärast ära ja seati põhikirja kava kokku, mis ametivendadele läbivaatamiseks kätte saadeti ja veel samal aastal nime all „Eesti arstideselts Dr. Kreutzwald'i mälestuseks“ kubermangu valitsusele Tallinnas kinnitamiseks ette pandi. Ta ei leidnud kinnitust: härrad ei teada, kes Kreutzwald oli ja milles seista ta suurus. — Järgmisel aastal pandi ette kinnitamiseks „Eestimaa arstide- ja loomaarstide selts“. Ka see jäeti kinnitamata. Kolmas kord saadeti põhikiri „Põhja-Balti arstiseltsi“ nime all kinnitusele. Ka tema jäeti kinnitamata, kuid oli juurde tähendatud põhjus, mispärast kinnitus tulemata jäi. Alles neljandalt reisilt tuli põhikiri kinnitatult tagasi, 16. mail 1912. a. Sellele viimasele on alla kirjutanud: Konstantin Peetri p. Konik, August Juhani p. Olt, Eduard Jaani p. Soonets ja Adolf Aadu p. Kurrikoff.

Avamise koosolek oli laupäeval 29. sept. 1912, kell 1/4 p. l. Tallinna raekoja istumiste saalis. Kokku oli tulnud 29 arsti ja loomaarsti. Üleselle olid veel ennast liikmeks üles annud 15 ametivenda, nii et kohe algul 44 liiget korjus. Pikemaid läbirääkimisi sünnitas „Tervise“ väljaandmise asi. Uus „Tervis“ pidi laial alusel seisma, ta ei tohtinud ühegi poliitilise voolu mõju piirkonnas olla, teda pidid kõik ametvennad kaastööga toetama, ta keel pidi olema ühtlane ja ladus, rahvalik ja teadusline ta sisu, kaunis ta välimus ja võimalikult odav ta hind. Suurema laialilagunemise pärast pidi teda ka teiste lehtedega pääle „Postimehe“ kaasa antama. Teda võis ka otsekohe tellida. Puudutati ka seltsi teaduslikke töid, mida arvati sündsaks seltsi aasta- raamatuna välja andma hakata. Otsustati edasi, asutada keele ja arvustuse komisjon, kes meie arstiteaduslike kirjanduse sõelumise alla võtab ja ühes üliõpilastega oskussõnade arendamisele asub.



Valimistel said eestseisuse liikmeteks: H. Koppel, K. Saral, K. Konik, A. Lüüs, F. Akel ja A. Lossmann, kandidaatiteks: A. Kurrikoff, S. Talvik ja A. Olt. Kuukirja „Tervise“ toimkonda: H. Koppel, A. Lüüs, K. Konik, V. Reier, S. Talvik, K. Saral, A. Olt ja A. Lossmann. — Keele ja arvustuse komisjoni — J. Luiga, J. Rabison, A. Olt, F. Akel ja V. Reier. — Revisjoni komisjoni — K. Lüüs, E. Soonets ja J. Rabison. Koosolek lõppes kell 7 õhtul.

Kell 9 oli ametivennaline õhtusöök „Kuld Lõvis“, kuhu kõik kokkutulnud seltsi liikmed olid ilmunud, nende hulgas ka meie senior H. Rosenthal ja kus ülendatud meeleolul kuni hommikuni koos viibiti.

Pühapäeval, 30. sept. kell 12 päeval oli raekojas esimene seltsi teaduslik koosolek järgmise päevakorraga:

1. Dr. med. P. Hellat'i elulugu — H. Koppel.
2. Rinnalaste surevus Tallinnas viimase 10 a. jooksul — A. Lüüs.
3. Salvarsaaniga ravitsemine — K. Lüüs.
4. Siberi katk Eestimaal — K. Saral.
5. Puuduliku kuulmise mõjust laste vaimlise edenemise pääle — H. Koppel.
6. Vaimuhaiguste seisukord Prangli saarel — J. Luiga.
7. Mitmesugused läbirääkimised.

Koos oli 27 liiget. Juhatajaks valiti Rosenthal, abiks Lossmann. Kõned olid huvitavad ja asjalikud. Nendest ilmusid Koppel'i ja Lüüs'i omad hiljem „Tervis'es“. Kõnede lõpul tähendas Koppel, et meie oma esimese proovi kõigiti rahuldavalt oleme läbi teinud ja meie keel teaduslikul koosolekul küllalt paenduv on olnud.

Kõik olid koosolekute hää kordaminekuga väga rahul. Ülendatud meeleolus lahkusid ametivennad vana auväärt raekoja ruumidest kell 1/29 õhtul.

Eestseisus hakkas agarasti tööle. Käidi koos ja peeti nõu seltsi ettevõtete kohta. Kõige päält peeti omaks ülesandeks seltsi ümber võimalikult kõiki Eesti arste koguda, milleks nende kätte, kes veel mitte ei olnud seltsi liikmeks astunud, vastav üleskutse saadeti.

Palju arupidamist nõudis „Tervis'e“ käimapanemine ja toimetamine, ülesse teaduslikkude koosolekute, kui ka aastakoosolekute ettevalmistamine.

Esimene aastakoosolek peeti ära Tallinnas „Estonia“ punases saalis 23. II. 1914. Kokku tulnud oli 31 liiget, keda esimees Koppel koosolekut avades tervitas.

Selle järele võttis kõige vanem seltsi liige Rosenthal sõna ja soovis soojas kõnes H. Koppel'ile seltsi nimel ta 50 a. sünnipäeva puhul õnne. „Elagu kaua ja töötagu õnnelikult meie esimees meie rahva ja teaduse kasuks“.

Seltsi kirjatoimetaja A. Lüüs andis lühikese ülevaate seltsi tegevuse kohta möödäläinud aastal. Selle järele oli seltsil 1. jaan. 1914. a. 59 liiget, nendest 14 loomaarsti ja 45 arsti. Loomaarstidest elasid 5 Tallinnas, 7 kodumaa linnades ja maal, 2 Siberis. Arstidest elas 13 Tallinnas, 5 Tartus, 16 teistes kodumaa linnades ja maal, 9 Sise-Venemaal ja Siberis.

Kassahoidja Konik kannab kassa aruande ette, mille järele seltsil 1913. a. on sisse tulnud 1587 rbl. 92 kop., välja läinud 1138 rbl. 15 kop., puhast raha kassas 1. I. 1914 449 rbl. 47 kop.

„Tervis'e“ aruanne: sissetulekud 1608 rbl. 92 kop., väljaminekud 1168 rbl.

90 kop., puhas kasu 440 rbl. 02 kop. Seltsi varandus: aktiva 1034 rbl. 42 kop., passiva 1034 rbl. 42 kop.

Koosoleku teaduslik osa algas õhtupoolel H. Koppel'i kõnega „puuduliku kuulmise parandamise katsed ja abinõud“ pääle. Selle järele rääkis S. Talwik „pidalitõbest Saaremaal.“ Kõne ilmus „Tervises“. — J. Olt tõi omas kõnes järgmisi mõtteid ette: Järjekindel adresside ja kõnetundide teadaandmine vabade intelligentliste elukutsete esitajate poolt on publikumi kui ka intelligentide eneste seisukohast mitmeti väga soovitav. Põhjusmõtelikku igasuguse kuulutamise vastu olemist loeb kõneleja äraiganenud keskajaliseks seisukohaks, kus literaat niisama kui aristokraat igasugust vähegi äri- maiguga tegevust oma auga mitte-kokkukäivaks pidas. Puhas eetilisest küljest ei leia kõneleja kuulutamise vastu iseenesest mitte midagi, hoopis iseasi on muidugi, mil viisil kuulutada. Kõneleja soovib, et organiseeritud Eesti intelligents mitte sõnalasumata selle järele ei käiks, mis mujal hääks arvatakse, vaid seltskonnas valitsevaid vaateid iseseisvalt arvustades oma maitse ja vaadetega kokkukõlas olevale seisukohale asuks. Eeskujuks selles asjas soovitab ta Rootsi ja Soome seltskonda ja ajalehti.

Läbirääkimised kõnede kohta olid elavad ja kestsid kuni kella 1/9 õhtul.

Aastakoosolekut 1915. a. ei saadud esimest korda mitte kokku: arstid olid laiali, paljud sõjaväljal, nii peeti koosolek alles teise kutsu järele 5. apr. Tallinnas F. Akeli kliiniku ruumides ära. Päevakorras olid ainult aruanded ja teised seltsi elusse puutuvad küsimused. Koos oli ainult 9 liiget. Kassa aruandes 1914. a. kohta seisid seltsi sissetulekud ja väljaminekud 2285 r. 09 kop. tasakaalus, „Tervise“ sissetulekud 1680 r. 82 kop., väljaminekud 1475 r. 82 kop., seltsi varandus 969 r. 77 kop., (võlad, ja „Tervise“ müümata eksemplarid kui ka ajakirjad ja raamatud arvesse võttes). Eelarve seati 1781 r. 15 kop. pääle kokku.

1916. a. pääkoosolek peeti niisama alles teise kutsu järele 3. apr. Akeli kliiniku ruumides ära. Koos oli 10 liiget; päevakorral harilikud seltsi asjaajamise küsimused, nagu aruanded, valimised ja juba obligatooriliseks saanud „Tervise“ väljaandmise küsimus.

Teaduslikka koosolekuid on ära peetud 8, ja nimelt: 1) 23. veebr. 1913. a. Päevakorral: F. Akeli „raadioterapia“ ja A. Olti „võõrad kehad veiste seedimise orgaanides“.

2) 29. juunil 1913. Päevakorral: K. Koniki „narkoosis“ ja A. Olti „intelligentlised elukutsed ja kuulutamine ajalehtedes“.

3) 17. aug. 1913. Päevakorral A. Rammuli kõne „linnade tervishoiu korraldus“. Referent peatas Moskva linna tervishoiu korralduse juures, kus tervishoiu asi üle Venemaa kõige paremal järjel seisab. Kõnel oli suur mõju Tallinna linna tervishoiu korraldamise pääle: ka Tallinnas asutati tervishoiu-büroo, pandi kooliarstid ametisse, niisama ka tervishoiu-arstid.

4) 28. sept. 1913. a. Sel korral rääkis Rabison aine üle „sarvloomade tiisikusehaiguse vastu võitlemine ja selle tervishoiuline tähtsus“.

5) 2. nov. 1913. Rääkis J. Luiga aine üle „vaimuhaigused Eestis ja Soomes“.

6) 29. märtsil 1914. Päevakorras: J. Leesment „sündimiste vähene- mine, abordid ja preventiivilised abinõud“ ja E. Soonets „plekiline soetõbi“.

7) 28. apr. 1914. Päevakorras K. Sibul „semstvomeditsiin Venemaal“ ja Zimmermann „meie karja uurimise meetod“.

8) 2. juunil 1914. Referendid M. Tõnisson ja J. Luiga aine üle „karskuse päevad ja karskuse asutused“. — Kuna Öhtu-Euroopa maades alkohoolikerite arstimine erihaigemajades sünnib, on Venemaal pääasjalikult ambulatooriumides arstimise viis tarvitusel. Joomarite ambulatooriumid ja varjupaike on karskuse-kuratooriumid kui ka mitmed linnad ja semstvod asutanud. Nende tööviljaga võib rahul olla. Järeluurimistel selgus, et ligi pooled 2—4½ aasta jooksul pääle arstimist mitte alkoholi ei tarvitanud. Mehed langevad alkoholi küüsi kõige rohkem 20—40 a. vanaduses, naised 30—50 aastasel. Suur on ka laste arv, kes alkoholi tarvitavad. — Mis perekonna seisusesse puutub, siis paistab suur % leski naise silma, umbes 2 korda rohkem kui leski mehi, mis pääasjalikult sellega seletada tuleb, et lesel naisel perekonnaga suurem mure on, kui mehel. — Ka Tallinnas oleks joomarite ambulantsi ja varjupaika tarvis. Siin viiakse mõnikord pühapäevadel 40—60 inimest politseisse, kellest kuni 7% tõesti joomahaiged. — Kui nendele teaduskoosolekutele avamiskoosoleku teadusliku osa ja esimesel aastakoosolekul 1914. a. ärapeetud teadusliku koosoleku juure lisame, siis on selts pisut enam kui 1½ aasta kestes 10 teaduslikku koosolekut ära pidanud, kus kokku 20 kõnet peeti. Neist on pidanud H. Koppel 3, J. Luiga ja Olt kumbki 2, A. Lüüs, Akel, Saral, K. Lüüs, Talvik, Konik, Rammul, Rabison, Leesment, Soonets, Sibul, Zimmermann ja Tõnisson igaüks ühe. Kõnedest on pooled referaadid, kuna pooled uusi, enam vähem iseseisvaid aineid käsitavad. Koosolekutest võeti alati elavalt osa. Läbirääkimised olid elavad ja kestsid ikka poole ööni.

„Tervise“ toimikond pidas algusel kaks korda ühes eestseisusega nõu „Tervise“ väljaandmise asjus. Pärastpoole ajas „Tervise“ asju ainuüksi seltsi eestseisus ja lõpuks toimetab teda oma hääksarvamise järele vastutav toimetaja.

Keele ja arvustuse komisjon on ka ainult ühe koosoleku ära pidanud. See oli Eesti arstiteadusliku sõnastiku läbivaatamiseks kokku kutsutud.

„Tervis“e 1913. a. jaoks pani K. Konik järgmise eelarve ette: Ladu 16 rbl., esimese tuhanda trükk 2 rbl., heftimine 1 rbl., kaante trükk 4 rbl., kaante heftimine 1 rbl., paber 5 rbl., kaante paber 1.50 rbl. Kõik kokku 30 rbl. 50 kop. Kaastöö 20 rbl., klisheed 5, aadressid 1.50, ekspeditsioon 1 rbl. ja mitmesugused kulud 15 rubla; seega nummer 5000 eksemplaris maksab 106 rbl. 75 kop., ja üks eksemplaar aastas 26½ kop. ja võiks seda müügile anda postiga 75 kop., postita 60 k. eest aastas, lehtedele kaasaneks 35 kop., üksiku numbri hind 5 kop.

Lehe tegelikkudeks toimetajateks said Koppel, Konik ja Saral, kuna vastutavaks toimetajaks Konik jäi.

„Tervist“ mõeldi järgmise programmiga, mida ka kubermangu valitsusele kinnituseks ette pandi:

Algupärased tööd meditsiini, veterinaaria ja loodusteaduse alalt; ümberpanekud võõrakeelsest kirjandusest nendesamade teaduste aladelt; ühiselu küsimused, mis nimetatud teaduste kohta puutuvad; arstide, loomaarstide ja loodusteadlaste, kui ka nende isikute elulood ja nekroloogid, kes oma tege-

vusega ühiselu meditsiini ehk tervishoiu väljal tähelepanemist äratavad; küsimused, mis arstide seisust puudutavad; arstiseltside ja teiste õpetatud seltside aruanded, niisama ka kõik aruanded, mis meditsiini ja veterinaaria küsimusi käsitlevad; kirjavahetus, küsimused ja vastused ja kirjad toimetusele; kroonika ja lühikesed teated meditsiini, veterinaaria ja looduseteaduse põllult; arvustused nende teaduste piirkonnast ja bibliograafia; joonistused; kaasanded ja kuulutused, mis nendesse teadustesse ja nende esitajatesse puutuvad.

„Tervis“ ilmus üks kord kuus 8<sup>o</sup> kaustas, 16 harilikku lehekülge paks. Välimuse pääle sooviti rõhku panna. Koosolekutele keeleliseks läbivaatajaks otsustati Joh. Veski't paluda.

Juba esimesel „Tervise“ ilmutamise aastal aga tuli nähtavale, et seda nii, kui kavatsesi, laiali laotada ei saa. Üksiku numbriga hind oli liig odav, kaupmeestele protsendid liig väikesed. Selts oli sunnitud järgmisel 1914. a. numbriga hinda 10 kop. pääle tõstma. Edasi tulid esimesel aastakoosolekul kaebused kuuldavale, et „Tervis“ veel mitte ei ole jõudnud rahvahulkadesse tungida, et tema järele vähe tarvidust tuntakse. Ka kaastööd teevad ainult üksikud seltsi liikmed. — 1913. a. andsid „Tervist“ kaasa: Päevaleht 1600 eks., „T. Teataja“ 600, „Postimees“ 800, „Meie Aastasada“ 225, „Käsitööleht“, „Viljandi Teataja“ 225, „Sakala“ 150, „Meie Kodumaa“ 150, „Hääl“ 100, „Saaremaa“ 50 eksemplaari — kokku 4025 eks. Toimetajale määrati 1914. a. eest palgaks 200 rubla, kuna 1913. a. eest tagant järele 10 rubla numbriga päält makseti. 1913. a. trükiti „Tervist“ 5000 eks., 1914. a. otsustati teda 6000 eks. trükkida.

1915. a. läheb „Tervise“ väljaandmine väga raskeks. Ka tellijate arv oli kahanemas: 1913. a. 3500, 1914. a. 2300 ja 1915. a. veel vähem. — Kaastööd tuli väga vähe. Korralikult ilmus 1915. a. ainult kolm numbrit. Suure vaevaga anti ka neljas välja ja sinna trükiti pääle nr. 4—12.

Neid raskusi nähes otsustas eestseisus 10. detsembril 1915. a. „Tervist“ 1916. a. mitte enam iga kuu välja anda, vaid selle järele kuidas materjali kogub, üksikute numbrite viisi välja saata. 1916. a. ilmus „Tervist“ ainult üks number. Temale oli pääle trükitud nr. 1—3.

Nii jäi „Tervis“ 1916. a. seisma, vähem küll materjaalse, kui vaimlise jõu puudusel, jagades esimese saatust.<sup>1)</sup>

Kui meie nende mõlemate „Terviste“ sisu võrdleme, siis peab küll esimest paremaks pidama. Sääli on tööd suuremad, täielikumad ja sellega jäädavama väärtusega; teises „Tervises“ leidub rohkem ajakirja-tööd, päeva- ja vooksa elu küsimusi. Kas jääb siis nüüd „Tervis“ igavesti hingama? — küsiti tookord. „Seile pääle vastame kindlasti ei. Kolmas ülestõusmine peab temale ka jäädav ülestõusmine olema“<sup>2)</sup>.

1) Nagu teada, hakkas „Tervis“ esimest korda Dr. med. H. Koppeli toimetusel 1913. a. ilmuma. Teist aastakäiku 1904. a. algades kirjutas Koppel selle eessõnaga: „Endise 8 lehekülje asemel on neid praegu iga numbris 16 olemas. See on võimalikuks saanud sel teel, et asjatundjate poolt nii palju kaastööd lubatud on, et tal ennem ruumi, kui sisu puudust karta on“. Ta ilmus 7 aastat järgimööda (1913—1909), 6 korda aastas, jäi aga lõppedu lõpuks ikkagi sisu puudusel seisma.

2) Need sõnad on augustil 1918. a. kirjutatud.

Seltsi kirjastusel on ilmunud:

1. „Tervis“ 1913. nr. 1—12, 1914. nr. 1—12, 1915. nr. 1, 2, 3 ja 4—12, 1916. nr. 1—3. J. ja A. Paalmanni trükk.

2. Heinrich Niggol: „Eesti arstiteadusline sõnastik“. Eesti Üliõpilaste seltsi Looduseteaduse osakonna toimetis. Tartus, 1914. E. K. Ü. „Postimehe“ trükk.

8. Dr. A. Lüüs: „Rinnalaste toitmine“. Kuue pildiga. Tallinnas, 1915. J. ja A. Paalmanni trükk.

Seltsi raamatukogu aluseks said Dr. med. Peeter Hellati arstiteaduslikud raamatud. Pääle selle ei ole selts suutnud kuigi palju oma raamatukogu suurendada. On ainult mõned aastakäigud kuukirju juure tulnud, ja nimejt: 1) Общественный Врачъ; 2) Вѣстникъ обществ. гигиены, судебной медицины и санитарии; 3) Журналъ Русскаго Общества охранения народнаго здоровья; 4) Ветеринарный Врачъ; 5) St. Petersburger Med. Wochenschrift; 6) Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege; 7) Zeitschrift für soziale Medizin und Hygiene; 8) Terveystenhoitolehti.

Pääle selle on stud. med. H. Niggol oma töö „объ одной особенноти грудной клітки у эстонцевъ“, 1913, seltsi raamatukogule kinkinud.

Kirjakogus on 58 nummert. Need on seltsile saadetud kirjad, kaardid, telegrammid, ametlikud paberid, seltsi aruanded jne.

Seltsi liikmete arv tõsis aratasa. Oma tööd algas selts 44 liikmega. 1. jaan. 1915. oli neid 67, nendest 20 sõjaväljal. Seltsi asutamise päevast 29. sept. 1912. a. kuni 7. juul. 1918. a. on seltsi vastu võetud okku 106 liiget (neist hiljem surnud, resp. langenuid 1C)<sup>1)</sup>: Ainson, J. vet. 1912; Akel, Friedrich 1912; †Allik, Ernst vet. 1912, Bernakoff, Rudolf 1918; †Elken, Rudolf 1918; Gross, Chr. 1912; Grünwald, Gustav, vet. 1918; Hansson, Jaan 1918; Jervan, M. 1918; Jüriado, Karl 1918; Kangro, Georg 1918; Keerd, Alfred 1918; Keerig, Jüri, vet. 1913; †Koger, August 1913; Koppel, Heinrich 1912; Konik, Konstantin 1912; Kotkas, Albert, vet. 1912; Kukk, Jaan 1914; Kurrikoff, Adolf 1912; Kurruk, David, vet. 1913; Kroll, Gustav 1918; Kruse 1913; †Laipmann, A. 1918; Leesment, Hans 1912; Lepp, Felix 1918; Lepp, 1912; Liik, Oskar 1918; Lind, Karl vet. 1912; Lohk, Hans 1912; †Loorberg, Johann 1912; Lossmann, Artur 1912; Luiga, Juhan 1912; Lukk, Eduard 1918; Lübeck, Adalbert 1914; Lüüs, Aadu 1912; Lüüs, Karl 1912; Mahlstein, Lydia 1918; Mälton, Joh. 1913; Männik, Jaan 1914; Masing, Juhan 1912; Martinson, Aleksander 1912; Martinson, vet. 1913; Meister, Georg 1918; Mikk, vet. 1913; Miländer, J. 1912; Morel, vet. 1912; Müllerson, Juhan 1912; Multer, Heinrich 1918; Naaris, Peeter 1913; Neggo, Gundemar 1918; Ney, Eugen 1912; †Niggol, Heinrich 1918; Niggol, Karl 1918; Oja, Värdi 1912; Olt, August, vet. 1912; Ostrow, Mihkel 1912; Ottas, Juhan 1918; Paldrock, Aleksander, 1912; Pallop, Oskar 1912; Pedusaar, Konstantin 1913; Pedusaar, Paul 1914; Perli, Harald 1918; †Peterson, Tõnis 1918; Piiskop, Jaan 1913; Pikat, Ferdinand 1918; Pobol, August 1918; Püümann, Mait 1918; Rabison, Jaan, vet. 1912; Rammul, Aleksander 1913; Raudsepp, vet. 1914; †Rätsepp, Burchard 1918; Reier, Viktor 1912; Reimann, Gustav 1918; Reinhold, Karl 1913; †Reinik, Aleksander 1918; Ronimois, Anna 1918; †Rosenthal, Heinrich 1912; Rütman, Harry 1918; Ruubel Jaak 1914;

1) Aasta arv nime järele näitab, millal seltsi liikmeks vastu võetud.

Saaberg, E. 1918; Saral, Karl, vet. 1912; Schlossmann, Karl 1912; Schultzenberg, Anton 1912; Sibul, Karl 1912; Silbermann, Hans 1912; Söber, Hans 1918; Soonets, Eduard 1912; Soosaar, Tõnis 1912; Talvik, Siegfried 1912; Tamberg, A. 1913; Tamberg, Robert 1914; Tanilas, Paul 1912; Thar, Raimund 1912; Tõnison, Martin 1914; Toomingas, Karl 1918; † Treumann, Juhan 1918; Treumann, Madis, vet. 1912; Uudelt, Jaan 1913; Uustalu, Hans 1918; Waddi, Voldemar 1918; Waldes, Albert 1918; Wahtrik, Bruno 1918; Waltok, Hermann 1913; Wilken, Alfred 1918; Wöhrmann, Jaan 1912; Zimmermann, Juhan, vet. 1912.

**Resumé.** Die Tätigkeit des unter grossen äusseren Hemmnissen am 29. IX. (11. X.) 1912 ins Leben getretenen Nord-Baltischen (Estnischen) Ärztevereins konnte keine besonders ausgedehnte sein. Dazu war die Zeit viel zu kurz, viel zu unruhig und wechsellvoll. Nur 1½ Jahre war es ihm vergönnt friedlich zu arbeiten. Innerhalb dieser Zeit sind 10 wissenschaftliche Versammlungen mit 20 Vorträgen abgehalten worden. Die populär-medizinische Zeitschrift „Tervis“ wurde wiederum ins Leben gerufen und erschien 2 Jahre hindurch regelmässig, dann in Abständen bis 1916: der Weltkrieg hatte begonnen, der das alte Europa zertrümmerte. Statt des 1918 eingegangenen Nord-Baltischen Ärztevereins, dem insgesamt 106 Ärzte estnischer Abstammung angehört hatten, entstanden die Estnischen Ärztevereine in Reval und Dorpat, daneben kleinere lokale Vereine in Pernau, Fellin und Narva, welche alle sich später (1920) zum „Estnischen Ärzteverbande“ (Eesti Arstide Liit) zusammenschlossen.

## Kirjandusest<sup>1)</sup>.

I. Eesti arstiteaduslik kirjandus 1921. aastal (Järg.) (Revue de la littérature médicale esthonienne à 1921 a. Suite.)

Drd. med. **F. Lepp\***: Kõhutõbi (Dysenteria). „Sirvilauad“ 1921. Sisaldab ülevaadet tõbe sünnitajate, tõbe laialilagunemise, kuju ja tundemärkide kohta ja käsitab siis küsimust, kuidas tõbe eest hoida.

Dr. med. **L. v. Lingen**: Kriegsamennorrhoe in Petersburg. (Vortrag in der Mediz. Ges. zu Dorpat 26. V. 1921. Zentralbl. für Gyn. 1921, № 35.) L. hat in Petersburg 320 Fälle von Kriegsamennorrhoe beobachtet: diese begann 1916, erreichte ihren Höhepunkt 1918/19. Die Fälle wurden nach aetiologischen Verhältnissen (Unterernährung), psychischen Insulten und Überanstrengung rubriziert. Oft kamen mehrere Faktoren in Betracht. Die enge Beziehung mehrerer endokriner Drüsen zur Menstruation sprechen für eine innige Beziehung der inneren Sekretion des Ovariums zur Amenorrhoe. Nach Ansicht des Verf. ist als Hauptursache der Amenorrhoe anzusehen die Herabsetzung der inneren Sekretion des Ovariums in Folge von Ernährungsstörung. Die blutbildende Komponente ist gleichsam ausgeschaltet. Ob Geburten vorangegangen waren oder nicht, spielte keine Rolle. Die Amenorrhoe dauerte 4—6—8 Monate bis 2 Jahre. Die sonst verbreiteten Hungeroedeme fanden sich

1) Tähekesega \* märgitud autorid on eestlased. Lss auteurs, signifiés par l'étoile \* sont esthoniens.

bei diesen Patientinnen nicht. Ausfallserscheinungen fehlten ganz, der Uterus war nie hypoplastisch.

Dr. med. **J. Luiga**\*: 1) Tervishoid (L'hygiène). Kirjeldus Tallinna voorimeeste mustusest. „Vaba Maa“ № 301, 1921. 2) Tervishoiu poliitika (La politique d'hygiène). Pikem juhtkiri tervishoiust rahvuspoliitilisena tegurina. „Vaba Maa“ № 336. 3) Tervishoid ja Valitsus (L'hygiène et le gouvernement). Joonealune. Tarvest tervishoiu peavalitsuse ülekandmisest siseministeeriumi alt töö-hoolekande ministeeriumi alla. „V. M.“ № 341. 4) Haapsalu uudavannid (Les bains de liman à Hapsal). Joonealune. „V. M.“ № 134. 5) Arstide seisukoht maal\* (La position des médecins à la campagne). Märkus hoolimatusest arstide vastu maakonna valitsustes ning ähvardus boikotiga. „V. M.“ № 248.

Dr. Ed. **Lukk**\*: Kas maa-arstid ka apteekritena tegutseda võiksid? Tartu Maakonnavalitsuse tervishoiu osakonna ringkiri, milles jaoskonna arstidele südame pääle pandi apteekri tegevusest loobuda. „Postimees“ 1921.

Dr. med. **B. Ottow**: 1) Zur Kenntnis der gestielten Fibromyome der weiblichen Harnröhre. Zentralbl. f. Gyn. 1921, p. 360. 2) Zur Technik der Sekretentnahme aus der weiblichen Harnröhre. Ibid. p. 559. 3) Die Evolutionstheorie und die Lehre vom Panspermatismus in ihren sozialen Einwirkungen auf das Geschlechtsleben der Frau im 18. Jahrhundert. Archiv f. Frauenkunde und Eugenetik. Bd. VII, p. 214. 4) Über eugenetische Konzeptionsverhinderung, Monatsschrift f. Gebh. und Gyn. Bd. 54, p. 219. 5) Über das Minimum der Hodensubstanz, das für die normale Gestaltung der Geschlechtsmerkmale ausreichend ist (mit A. Lipschütz und K. Wagner). Pflügers Arch. f. Physiologie. Bd. 118, p. 76. 6) Nouvelles observations sur la castration partielle (avec Lipschütz et Ch. Wagner). Comptes rendus des séances de la Société de Biologie, Paris. T. 85, p. 42, 86, 88, 630. 7) Besprechung der Doktor-Dissertation von S. Talvik: „Die Lepra im Kreise Oesel“. „Dorpat. Nachricht.“ № 34/35, 1921.

\*

## II. Ajakirjanduse ülevaade (Revue de journaux).

„Finska Läkaresällskapets Handlingar“ V/VI ja VII/VIII toob järgmised artiklid — enamiste ühes saksakeelsete referaatidega: E. Hisinger-Jägerskiöld: Kapillaar-uurimised anaemia pernicioosa ja mõningate teiste verehaiguste juures. — Lennart Stråhle: Malum coxae Calvé-Legg-Perthes. (Osteochondritis deformans juvenilis coxae). — Röntgeni piltidega illustreerit kirjeldus kolmest haiguse juhtumisest, mille etioloogiat endokriin (sugu- ja parathyreoidal) näärmete funktsiooni-riketes tuleb otsida; tavaliste sümptomide ja kerge käigu juures (valud eestkätt põlve liigendites) näitas Röntgen diffuus lubja-atroofiid ülemise collun'i äärel. Ravitsemist ei ole olnud. — Thorsten Sandelin: Murdest linea semilunaris Spigelii. — Gösta Becker: Naha-empüüseem kopsutiisikuse juures. Ühe juhtumise kirjeldus sellest haruldasest nähtusest, mida suurtes Soome sanatooriumides, Nummela's ja Takaharju's, mitte kordagi ei ole tähele pandud ja mille

põhjust mitte caveerne lõhkemises, vaid alveoolide ruptuuris otsida tuleb, tingitud mitte ainult kõrgendatud surumisest kopsus, vaid mõningatest koe muudatustest säälsamas. — Ali Krogius: Colitis chron. ulcerosa kirurgilisest ravitsemisest. — William Kerppola: Essentsiaalse hüpertonii tunnustest. Mõlemad artiklid ilmuvad Acta medic (resp. chirurgica) Scandinavica's — Saksa keeles. — G. Jansson: Maohaiguse röntgenidiagnoosist. Absoluutselt tõendavaks peab autor n. n. ulcus'e-lohku, tingitud paisekraateri täitumisest kontrastipudrugaga ja avalduvat varju-kühmuna mao-siluetil. Selle kühma kuju on mitmesugune, sellejärele, kas on tegemist penetreeriva või mitte-penetreeriva, callööslise paiseaga. Tekst on hästi kordaläinud Röntgenipiltidega illustreerit, mis kujutavad ka kaudseid sümptooma-spastilist ja orgaanilist liivakella-magu. Üleselle toovad eesolevad vihud rea lühemaid ülevaateid ja referaate mitmesugustelt aladelt, kongresside-teateid, kirjanduse-teateid, finsk-läk-skapeti istangute protokolle, hakkajate haiguste liikumise ülevaateid Soome linnades ja läänides, ametlikke ja muid teadaandeid. S. T.

## Kroonika.

Eesti arstide biograafilise leksikoni õnneliku lõpuleviimise puhul saime selle auvääriliselt autorilt, Dr. med. J. Brennsohn'ilt järgmise kirja, avaldamiseks „Eesti Arst'is“, palvega, et ka teised lehed Eestis seda tooksid:

„Nach Abschluss meiner Arbeit „Die Aerzte Estlands“ drängt es mich, den hunderten von Ärzten und auch vielen Nichtärzten, die durch Übersendung ihrer curricula und wertvollen historischen Materials das Werk miterrichten halfen, meinen tiefgefühlten Dank öffentlich auszusprechen, da diesen den einzelnen zu übermitteln es nicht möglich ist. Ich danke auch herzlichst allen Institutionen, ärztlichen Gesellschaften und Vereinen, wissenschaftlichen Instituten und Kollegen, die durch Subskription und Darbringung reicher Mittel die Herausgabe ermöglichten. Innigen Dank auch allen denjenigen, die während meiner Arbeit durch ehrende freundliche Worte der Anerkennung mich erfreuten. Und nun nehme ich, gewiss ungern, Abschied von Ihnen, meine verehrten Kollegen und Kolleginnen aus Estland, die Sie während meiner Arbeit durch unsichtbare Fäden mit mir verbunden waren. Ich werde ein Wiedersehn mit Ihnen feiern, wenn ich die „Ärzte Estlands“ aufschlage und Sie zu mir aus dem Buche sprechen werden.

Riga, d. 1. Oktober 1922.

Dr. J. Brennsohn.

**Arstiahi andmise tasu** (Les honoraires medicales). Tartu linna asutustes töötavatele ametnikkudele ja teenijatele ja nende perekonna liigetele on järgmiselt kindlaks määratud:

Visiit arsti juures päeval 100 marka, öösel 200 marka; arsti visiit haige juures kodus päeval 200 marka, öösel 300 marka. Kui ühes perekonnas mitu haiget läbi vaadata tuleb, maksetakse iga järgmise haige perekonnaliikme päält 100 mk. Sõiduraha maksetakse eraldi. Väiksemate ja keskmiste operatsioonide eest tasu 100—300 margani; suuremad operatsioonid tulevad haige-



majas teha. Tasu loomuliku sünnitamise juures: esimesed kaks tundi päeval 400, iga järgmine tund à 100 mk.; esimesed kaks tundi öösel 500, iga järgmine tund à 150 mk. — Operatsioonide eest sünnitamise puhul 100—1000 mk. Arsti tunnistuste eest maksetakse lisatasu 100 marka, kuid surma ja rõugepanemise tunnistused tulevad välja anda maksuta. Sidematerjal ja rohud arvatakse eraldi. Analiüside eest 30—100 marka.

**16-nes Üldine Prantsuse meditsiiniline kongress** (Le 16-me congrès médicale français) peetakse ära Pariisis 12.—14. oktoobril s. a. prof. Widali juhatusel. Sekretariaat: Dr. A. Lemierre, 217 Rue du Faubourg St. Honoré, Paris. „Ugeskr. J. Laeger“ № 22.

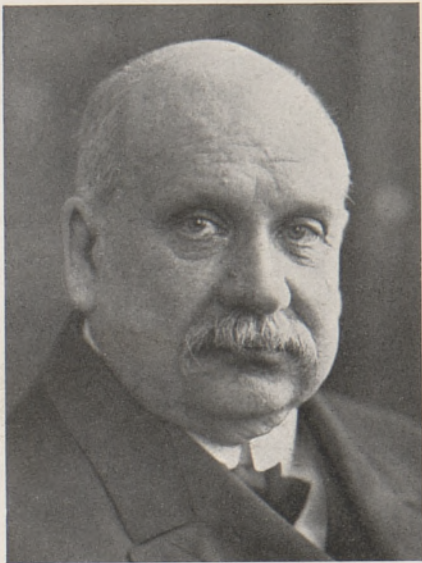
**Ägedate külgehakkavate haiguste üle Latvijas** toob dotsent R. Adelheim ülevaate „Klin. Wochenschr.“ № 14 s. a. huvitava ülevaate, milles rõhutatakse, et Latvija oma 1.728.000 elanikuga võrdlemise laialisel alal etendab vähe tänuväärset ja kulukat osa, kui Lääne-Euroopa „taudide-filter“, taudide, mis eestkätt vähe-kultiveerit Lettgallia kaudu Venemaalt sisse tungivad, kusjuures kaasamõjuv ka see asjaolu, et leedulaste-tagasirändajate vool läbi Ida-Läti Rosittenist üle Dvinski kuni Leedu piirini oma teed võtab ja nii haigusi sisse toob, eriti plekilist soojatõbe, mis aga nüüd üsnä väikese surevuse (2—5 %) anda isegi nende kurnatud ja nälginud tagasirändajate seas. Üksikasjalisest ülevaatest nimetame *pidalitõbe*, mida läinud aastal uuesti registreeritud 29 juhtumist, nii siis ühes endistega kokku 269 j. ja *malaria* riat, mis ikka enam laiali laguneb. Kuna tagasirändajate hulgas Venemaalt väga suur osa malaaria-haigeid, teiselt poolt Latvijas on laialt olemas anopheles't, siis omandab malaaria küsimus aktuaalse tähtsuse. *Kõhutüüfus* (1363 juhtumist) mängib kaunis suurt osa; eriti Riias on infitseerit piim ja batsillide-kandjad, linna äärtel paiguti ka infitseerit kaevud haiguse laiali-laotajad (südalinnas on korralik veevärk). Surevus infektsiooni haigustesse olla sõjaaastatega võrreldes tugevasti kahanenud, eriti Riias. S. T.



Näikse tegemist olevat paratamatu looduseadusega, et ühesarnased juhtumised kuhjuvad, ka surmajuhtumised: veebruari kuul s. a. lahkusid, pea ühelajal, ametikohuste täitmisel saadud surmava infektsiooni tagajärjel ametvennad Rudolf Pärt ja Eduard Laas ja nüüd kiskus salalik haigus kahel järgneval päeval (6. ja 7. oktoobril) meie keskelt ootamata ära kaks lootusrikast noort kaasvõitlejat Drd. med. **Anna Sossi** ja oma arstieksami eel seisva **Ernst Vitoffi**. Nende mõlemate nekroloogid, ühes piltidega, toome järgmises numbris.

Noorematele colleegidele tundmatana suri Tartus septembril s. a. Dr. **Emil Rosenthal**. Sündinud 18. dets. 1855, õppis tema arstiteadust Tartu ülikoolis 1876—1883, oli lühemat aega jaoskonnaarstina Toris (Pärnumaal) tegev ja siis suurema osa omast elueast Vene riigiteenistuses, sõjaväearstina Poolamaal ja Turkestanis. Säält pääsis kodumaale optandina, kaotudes kogu oma varanduse. Haigena-töövõimetuna ja olles suures puuduses pööris kadunu abipalvega viimaks Eesti arstide liidu juhatusse poole. Enne aga kui toimuda sai rutuliselt korraldatud mõjuv abi-aktsioon, lõpetas surm kadunu ametvena kannatuspäevad. S. T.

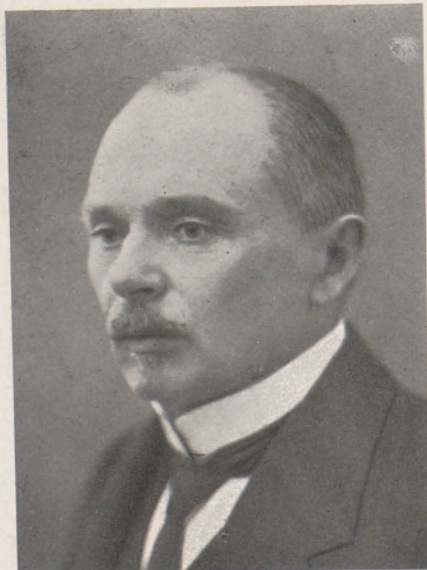




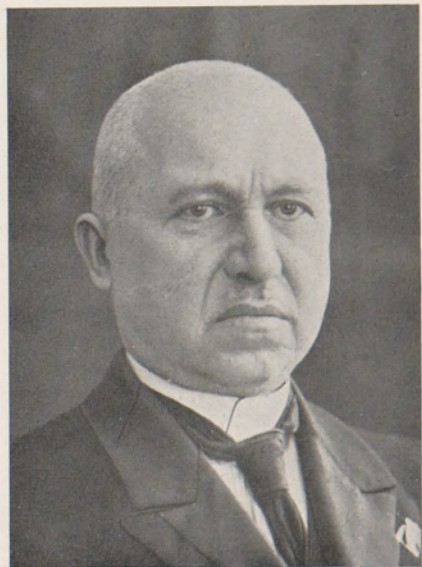
R. Tigerstedt-Helsingi



T. Laitinen-Helsingi



J. Alksnis-Riia



F. Bagdonas-Kovno

## I. Eesti arstide kongressi auu-presiidium