

# EESTI ARST

ILMUB ÜKS KORD KUUS

EESTI ARSTIDE LIIDU HÄÄLEKANDJANA

**No 12.**

Tartus, Detsember 1922.

I. aastakäik.

## Lisa A<sub>1</sub> Eesti Arstide Kongressi ettekannetele.

61) Dr. med. J. Luiga-Tallinn: **Psühopatoloogilised ilmed Suur-Prangliisaare elanikkudes.** Esialgne teadaanne. (Les traites psychopathologiques chez les habitants de l'île Prangli). Cf. „Eesti Arst“ № 8/9 a. c. lhk. 359.

Teatava maaosa rahvastiku psühopatoloogilise indikaatori kindlakstegemise suhtes selle rahvastiku degeneratsiooni kui regeneratsiooni kalduvuste äramääramiseks isiklikul uurimisel, valisin S. Prangliisaare, Tallinna lähedal, kus olud ühtlased, ülevaatlikud, elanikkude kombat ning eluviisid vähe muutlikud ning vähe eranevad. Haiguste liikumise, eriti vaimuhaiguse pärivuse tegurid arvasin kõige paremine hinnata võivat teatava aja järele juurdlust korrates. Psühopatoloogilise indikaatori otsimisel ei saa piirduda vaimuhaigete tavalise lugemisega, vaid peab süvenema rahvastiku sotsiaalsesse raassühtloogilisse ja bioloogilisse andmestikku, neid uurides üksikasjaliselt.

Aastal 1912 uurisin saare elanikka esimest korda: Suur-Prangliisaar on 6,5 ruutwersta suur (Aksi saar ühes arvatud), Rammusaar 1,0 ruutverst: need kolm saart moodustavad Prangli valla.

A. 1710 jäi saar elanikest tühjaks. Saare elanikud põgenesid suure Põhja-sõja ajal Soome ja Isalu randa. A. 1716 tulid mõningad jälle tagasi. Kirikuraamatu järele oli a. 1716 saarel 16 peret; 1717. a. võeti 23 hinge lauale. Elanikkude arv on sest saadik jõudsasti kasvanud, kusjuures sissereändamine nimelt viimastel aastakümnetel hoopis väikest osa mängib. A. 1910 oli Pranglis 493 hinge: 269 mees- ja 224 naishinge. A. 1912 oli elanikkude arv 549 hinge (neist 285 meeste ja 264 naistesooist), nii siis kasvanud kahe aasta jooksul 56 hinge võrra. Need asusid kokku 80 peres.

Rahvuse poolest on pranglilased — eestlased, peavad end eestlasteks, kuid nimede järele otsustades on nad enim olnud rootslased: Plomquist, Grönlund, Linnholm etc. Pärilised Eestistatud abielu kaudu Eesti rannaelanikega. Nad elavad kalapüügist. Põlluharimist mandri mõttes ei ole, küll aga on aiamaid. Suurem osa toiduainest ostetakse Tallinnast, kuhu sõidetakse pea igapäev kalapaatega. Pranglilaste elumajad on mandre omadega võrreldes hästi puhtamad. Eluruumid tuletavad meele linna alevit: põrandad värvitud, seinad tapeetidega kaetud, voodid päeval paljudel kaetud iluvaipaga. Riides on

mõjumas Tallinna moed: pühapäevastel suvepidudel on nais- ja meessugu poetud nagu tallinnlased: teatava edevusega.

Järgnev tabel toob ülevaate minu poolt 1912—1921 a. kindlakstehtud psühopaatide üle Pranglisaarel:

		Millal haigena leitud		Surnud kuni 1921
A.	Marie Pl. 47 a. v.	1912	Degeneratio (Imbec.?)	
B. a	Mathilde Pl. 20 a. v.	"	Dementia cong.	
C. a	Oskar Pl. 25 a. v.	"	Dementia praec.	† 1913 tbc.
D. a	Aleksander Pl. 13 a. v.	"	Dement. cong.	† 1919 tbc.
E. a	Oskar Cl. 41 a. v.	"	Dement. sec.	†
F. a	Aleksander Cl. 19 a. v.	"	Heboid	† (tbc.?)
G. a	August Ls. 36 a. v.	"	Degeneratio	
H. i	Anna Tr. 40 a. v.	"	Dementia cong.	
I. h	Rosalie Tr. 38 a. v.	"	Kurttumm sünd.	
K. i	Leena Tr. 39 a. v.	"	Kurttumm sünd.	
L. i	Marie Srg. 35 a. v.	"	Kurttumm sünd.	
M. a	Liisa Mm. 19 a. v.	"	Degeneratio (?)	
N. m	Oskar Mm. 17 a. v.	"	Degener. (Dem. praec.?)	
O.	Emil Wp. 15 a. v.	"	Kurttumm sünd.	
P.	Leopold Wp. 14 a. v.	"	Dementia cong.	
R. m, h	Elisab. Wp. 40 a. v.	"	Dem. secund.	
S. r	Woldemar Wp. 17 a. v.	1921	Degeneratio (Imbec.)	
T. r. s	Ida Wp. 14 a. v.	"	Imbecillitas	
U. li	Albinus Srg. 10 a. v.	"	Kurttumm sünd.	
Z.	Artur Pl. 7 a. v.	"	Dementia cong.	
V.	Joh. Ps. 33 a. v.	"	Alcoholismus	
W.	Mart Prh. 70 a. v.	1913	Epilepsia (org.)	† 1917
X. n	Miina Lh. 70 a. v.	"	Paralysis agit. (Debi- lit. ment.)	†
Y. v <sup>1)</sup>	Kalla Ps. 28 a. v.	"	Dem. praec.	†

Võrreldes andmeid a. 1912 ja 1921 lugemisest, selgub, et vaheaja vältel on surnud 7 psühopaati, juurde on tulnud 5. Surma põhjuseks on 3 juures tiisikus, üks on surnud sõjas (haigemajas), kaks on uppunud. Juurdetulnutest on 2 alla 10 aasta, s. t. sündinud pärast 1912 lugemist; kaks on vaimuhaige ema lapsed, kelles haigusilmed avaldama hakkanud 14—15 aastatel. Üks juurdetulija on alkohoolik. Nii siis on 5 juurdetulnust 4 saanud haiguse päri- vuse teel, üks — alkohoolik — on haige välismõjuritel, kuigi pärivust tema juures täiesti ei saa eitada.

Siifilis ei mängi saarel vaimuhaiguse tekkimiseks mingit osa. Alkoholi mõju vaimuhaiguste avatlemises on võrdlemisi väike, kuigi saare meeselanikud

1) Y. v tähendab, et y tähega nimekirjas märgitud on sugulane (kaugelt või ligidalt) v'ga.

tubliste alkoholi tarvitavad. Saarel viibides võisin tähele panna nähtet, et alkoholi mõju avaldub paljude eriti haigusliselt koormatud perekonnaliigete juures sel teel, et ka väikse noosi alkoholi järele — jooja hingeliselt muutub „vaimuhaigeks“, reageerib alkoholi pääle teravamalt kui normaal-inimene. Nähtet on saarlased ise konstateerinud. Alkohol avatleb sel puhul „varjatud vaimuhaiguse“ „psychose larvée“, mis kaob ühes alkoholi mõjuga. Alkohol on siin reagensiks, degenerandi koormatud katsekiviks. Nii, näiteks, muutub kurtummade muidu terve vend (28 aastane) alkoholi mõjul „paranoialiseks“, tunneb end suure tähtsa mehena, kõikvõimjana, kuigi purjusolek mitte väga raske. Maniakaalne meeleolu on saare degenerant-purjutajate juures õige sagedane, millepärast verised kokkupõrked pidudel purjus pääga võrdlemisi tihti, muida rahuloomsete saarlaste juures. Ka selle nähte põhjuseks peavad saarlased „närvide korratust“.

Kurtummade arv — pärivuse teel — on tõusnud 7-ni, kellest elavad kaks väljaspool Prangliisaart. Kurtummade rohkus on silmapaistev, mille juures, nagu tabelist näha, kurtumus „ristleb“ vaimuhaigusega: nad tulevad kõrvuti ette haiguskoormatud perekondes.

Oma lugemisel märkisin üles neid, kellel lugemise ajal haigustunnised ilmsed, nagu ka neid, kes olnud haiged (haigemajas) degeneratiivse haigusloomuga. On arusaadav, et „psychosis periodica“ käes põdeja ka siis on „psühopaat“<sup>1)</sup>, kui temal ajutine vaheaeg haiguses. Nii, näit., M. a meie nimekirjas lugemise ajal 1921 terve, kuid ta on pärit raskelt koormatud perekonnast, on olnud paar kuud vaimuhaigete haigemajas. Kuigi ta esineb tervena, kuid ligemad tõendavad, et vahel menses'e ajal ta „imelik“, ning affekte mõjul satub hoopis tasakaalust välja.

A. 1921 leidsin täiskasvanud psühopaate hulgas kolm täiesti töövõimetut, siiski üks nendest B. a, kuigi raskelt dement., on ajuti hää lapsehoidja. Korvis toanurgas lamab ilma mingisuguse vaimlise eluavalduseta H. i. Viimase 10 aasta kestes on töövõimetuks jäänud R. mh, väiksest saadik vaimuhaiguse ilmetega, mis perioodiliselt raskekujulised; on abiellu astunud ja 10 last sünnitanud; nende hulgas S. r ja T. r. s. Kurtummad on kõik töös, üks O kurtummade koolis õppinud ning kingsepp saarel.

## Abortide arvu suurenemine

Tartu ülikooli naistekliinikus viimastel aastatel<sup>2)</sup>.

Drd. med. Anna Sossi †.

Toim. poolt. Tahes austada lahkunud noore kolleegi mälestust, toome tema järeljäänud käsikirjadest eeloleva huvitava referaadi, milles käsitatakse üht meie aja valusat küsimust naisele omase praktilise selgenäge-

1) Psühopaat on selles kirjas tarvitud laiemas mõttes kui tal teaduses on, ta märgitseb siin psühopaate kitsamas mõttes, aga ka kõik vaimuhaiged.

2) Kõne, peetud Tartu Eesti arstide seltsi koosolekul 17. Ill. 1920. a.

likkusega. Käsikirjas puudub esimene lehekül, mille tõttu lugeja kohe leiab end asetatuna in medias res.

\*

Meil ülikooli naistekliinikus on viimasel ajal (1919/20. a.) kokku 268 abordi juhtumist tähele pandud. Neist oli 5 juhtumist, kus raskejalgsus spetsialistide poolt haigele tunnistatud elukardetavaks: kolmel korral tbc. pulmon., ühel korral nephritis acuta, ja ühel korral vomitus gravidarum, millistel juhtumistel on haigetele tehtud abort kliinikus. Kõik teised (263 juhtumist) on kliiniku toodud juba alganud abordiga.

Võrreldes raskejalgsuste arvu sünnitajate ja abortide juures, näeme, et esimese raskejalgsuse puhul sünnitajate kui ka abortide arv on kõige suurem; edasi on esimesest kuni neljanda raskejalgsuseni sünnituste arv abortide omast suurem, siis läheb aga ülekaal abortide kätte. Nii oli

I	raskejalgsuse juures sünnitusi	135,	aborte	64
II	"	"	"	52, " 33
III	"	"	"	25, " 24
IV	"	"	"	13, " 13
V	"	"	"	12, " 16
VI	"	"	"	8, " 13
VII	"	"	"	4, " 6
VIII	"	"	"	3, " 5
IX	"	"	"	— " 2
X	"	"	"	— " 1
XI	"	"	"	— " 2
XIV	"	"	"	— " 1

Esimeste sünnituste suurem arv on ehk seletatav sellega, et siin naisterahvad rohkem kardavad ning selle tõttu igal võimalusel katsuvad kliinikusse tulla.

Vanaduse järele on olnud aborte 17 ja 45 eluaastate vahel järgmiselt: 17 aastasel — 1 juhtumine, 18 a. — 1, 19 a. — 3, 20. a. — 7, 21 a. — 10, 22 a. — 5, 23 a. — 13, 24 a. — 3, 25 a. — 5, 26 a. — 18, 27 a. — 13, 28 a. — 4, 29 a. — 10, 30 a. — 11, 31 ja 32 a. — à 5, 33 a. — 7, 34 ja 35 a. — à 6, 36 a. — 7, 37 a. — 3, 38 a. — 4, 39 a. — 5, 40 a. — 6, 41 a. — 4, 42, 43 ja 45 a. — à 2.

Abordi põhjusteks võivad olla retroversio, retroflexio uteri, lues ja mekaanilised vigastused. Kõigil neil juhtumisel tuleb abortus III kuul, välja arvatud lues, kus ta harilikult hiljem tuleb.

Endometriitised ei võimalda iseenesest mitte nii sagedasti aborte, vaid nende tõttu ei jää harilikult naisterahvas üleüldse mitte raskejalgseks. Kukkumised, ehmatamised, tõstmised jne. mida haiged verejooksuga kliinikusse tulles abordi põhjuseks seletavad, võivad abordi esile kutsuda nende raskejalgsuste juures,

kellel selleks eeltingimised on olemas. Tervete päale ei avalda nad sellesarnast mõju mitte; nii kui prof. Michnoff'ki omil loengutel tähendas selle kohta: „падайте сколько угодно“.

Millega võiks põhjendada ülevalpool nimetatud suurt arvu (263+5 abordi juhtumist, millest 5 said tehtud kliinikus)? — Kliiniliste äranägemiste järele võib oletada, et kaugelt suurem osa nendest on kunstlikult provotseerit. Paljud ütlevad kliinikusse tulles avalikult, et nad ämmaemanda juures on käinud, kes neile abordi teinud, ning paljudel ei ole nähtavasti mingit arusaamist sellest, et sarnane teguviis juriidiliselt ja kõlbliselt keelatud võiks olla. Ühel juhtumisel oli haigel kliinikusse tulles isegi kateeter emaka sees, mis säält kliinikus välja võeti.

Arv 268 ei paista ju iseenesest kuigi suur, iseäranis praegusel ajal, kus oleme harjunud opereerima palju suuremate arvudega; arvu suurus saab aga nähtavaks siis, kui meie endiste aastate sünnituste ja abortide arvusid naistekliinikus ja nende arvude vahetada praegustega võrdleme. Mul on arvud olemas a. 1900 kuni 1914 (incl.):

Aastal	1900	oli	254	sünnitamist	ja	21	aborti
„	1901	„	294	„	„	23	„
„	1902	„	322	„	„	25	„
„	1903	„	331	„	„	14	„
„	1904	„	406	„	„	36	„
„	1905	„	430	„	„	59	„
„	1906—1908 kohta puuduvad teated						
„	1909	oli	555	sünnitamist	ja	129	aborti
„	1910	„	559	„	„	117	„
„	1911	„	633	„	„	149	„
„	1912	„	469	„	„	50	„
„	1913	„	503	„	„	103	„
„	1914	„	737	„	„	133	„

Nii tuli	1900 a.	1	abort	iga	$12\frac{2}{21}$	sünnitamise	päale
	1904	„	1	„	$11\frac{5}{18}$	„	„
	1909	„	1	„	$4\frac{13}{43}$	„	„
	1914	„	1	„	$5\frac{1}{2}$	„	„
	1919	„	1	„	$6\frac{4}{67}$	„	„

Millega seletada nähtust, et viimasel 5-el aastal abortide arv nii jõudsalt on kasvanud? Ka siin, nii kui muilgi aladel moraalsete ja materjaalsete väärtuste ümberhindamises, on sõda palju kaasa mõjunud.

Haigete käest saadud vastuseid abordi tegemise põhjuste üle võib üldistes joontes 3 liiki jagada:

- 1) Tahetakse vaba olla, nähes lapses mingit takistust või koormat, mis endiselt edasi elada ei luba. Niisuguse vastuse annavad esimese raskejalgsuse juures abielus olevad naised jõukamatest klassidest.

- 2) Mitte abielus olevatele raskejalgsedele ei ole laps seltskonna eelarvamiste tõttu mitte soovitav.
- 3) Iseenesest kõige kaaluvam põhjus on aineeline kitsikus. Seda toonitavad harilikult lasterikaste perekondade emad ja mitte abielus olevad raskejalgsed — pääasjalikult äri-, kontori- ja liht-teenijad. Praeguse naisteenijate võrdlemisi väikese palga ja elukalliduse tõttu ei saa teenija oma last üles kasvatada, päälegi peab ta lapse sündimise puhul teenistusest lahkuma, sest esiteks ei pea enesel keegi lapsega teenijat ning teiseks ei saa ta kui äri- ehk kontoriteenija sarnasel juhtumisel omi kohuseid täita.

Tõuseb küsimus, kas tuleb sarnaste kunstlikult tehtud abortidega kui normaal asjaoluga rehkendada, põhjendades isiku vabaduse ja vaba tahtmisega, ehk on see väärnähtus, tingitud praegusest eba-normaalsest olukorrast ja mis tuleks viimasel korral väärnähtuse kõrvaldamiseks ette võtta?

Endiste Vene seaduste järele oli tehtud abort kuritegu, ning karistus ähvardas nii abordi tegijat kui ka seda, kes enesele seda teha laskis; esimest karistati kõigi iseäraliste ja isikliste õiguste äravõtmisega ja parandusmaija saatmisega 5—6 aastaks, teist samade õiguste äravõtmisega ja vangistusega 4—5 aastani.

Juba see asjaolu, et neist seadustest praegu ja isegi Vene ajal kõrvale kalduti, laseb oletada, et ainult nende elluviimisega üksi soovitavaid tagajärgi kätte ei saada.

Abordi tegemise juures on loomulikult huvitatud 3 isikut: tulevane ema, isa ja laps, kelle huvid tema tulevaste vanemate kaitsta. Isa astub sarnastel juhtumistel harilikult tagasi oma kohustest tulevase lapse vastu, ning nende kohuste täitmiseks ei sunni teda ei avalik arvamine ei ka kodanline seadus. Ja ema, kellel lapse kasvatamine üksi ülejõu käib, toimetab, võib olla oma tulevase lapse huvides, teda enne juba hävitades, teades, et ta temale korralikku kasvatust ei suuda anda. Üleüldse ei ole seadus oodatava lapse huvisid sugugi mitte arvesse võtnud. Ema n. n. eksimine annab ennast lapsele tema tervel eluajal tunda. Vene seaduse järele, mis meilgi senini maksmas, ei võetud kõrgemasse riigiteenistusesse väljaspool abielu sündinud isikuid. Samuti ei olnud neil ka pärimise õigust isa varanduse ja nime kohta. Ka olid niisuguste vanemate poolt äratõugatud laste jaoks ellu kutsutud laste varjupaigad ja kasvatusmajad, kuhu ka Eestimaalt palju lapsi saadeti, kes aga Eestile selle tõttu täiesti kaduma jäid ehk võib olla suureks kasvades isegi viha Eesti vastu tundsid, sest neid ei olnud mitte üksi vanemad ära tõuganud, vaid kogu rahvas oli neid võõrastele ära annud.

Meil Eestis ei ole kuni viimase ajani lapsekaitse sihis midagi tehtud, ainult viimasel ajal on ellu kutsutud kaks laste varjupaika Tallinnas ja Tartus, mille tegevusest mul lähemaid teateid

ei ole <sup>1)</sup>. Edasi peaks seadus (pääle seltskondlise ja riiklise toetuse emale ehk lapsele) kohustama isa oma väljaspool abielu sündinud lapse eest niisamuti kui abieluski sündinute eest hoolt kandma. Väljaspool abielu sündinud lapsed peaksid isal isikutunnistuse pääl äratähendud olema, lapse ülalpidamiseks peaks isa teatava protsendi oma sissetulekust andma, niisama peaks lapsel pärimise õigus isa nime ja varanduse pääle olema.

Sellega oleks vähemalt osagi väljaspool abielu sündinud laste tulevik kindlustatud, ning teiseks, võib olla, teades et tagajärgede eest moraalset kui ka materjaalset tasu tuleb anda, ei looda nii kergemeelselt sarnaseid vahekordi, millest võrsuvad väljaspool abielu sündinud lapsed.

#### Deutsches Referat.

A. Sossi: Die Zunahme der Zahl der Aborte in der Universitäts-Frauenklinik zu Dorpat in den letzten Jahren. Während noch im J. 1900 je 1 Abort auf 12<sup>2</sup>/<sub>21</sub> Geburten entfiel, kam 1919 bereits auf je 6<sup>4</sup>/<sub>67</sub> Geburten 1 Abort. Verf. bespricht die Ursachen dieser starken Zunahme und fordert den Schutz des Gesetzes auch für das uneheliche Kind, welches Anspruch auf den Namen und das Vermögen des Vaters haben sollte.

## Tuberkuloosi vastu võitlemise alused.

Dr. med. K. Schlossmann,

Tartu Ülikooli bakterioloogia kabineti juhataja.

Reguleerides vastavalt haiguse seisukorrale tuberkulooshaige tööd võib oodata, et haiged oma teenistusega osa kuludest kanda aitavad ja selle juures ka tarviliku ravitsemise osaliseks saavad. Sotsiaalsest vaatepunktist on tuberkulooshaigete töö küsimus esimesejärgu tähtsusega, mille lahendamist teaduslisele alusele peab rajama.

Klassilised autorid tõendasid, et tuberkulooshaige ravitsemise juures on täielik rahu üks pääteguritest. Mõnikümmend aastat tagasi tekkis aga arstide keskel Ameerika Ühisriikides arvamine, et just füüsiline töö terapeutilist mõju avaldab tuberkuloosi protsessi pääle. Marcus Paterson võttis ka Inglismaal sanatooriumis esimest korda tarvitusele füüsilise töö, arvates, et aktiveet sünnitab tuberkulooshaige organismis tuberkuliini auto-inokulatsiooni, mis immuniseerivat mõju avaldavat. See süsteem leidis kiirelt poolehoidjaid. Philip tähendab tuberkulooshaigete töö kohta: Kauakestev tuberkuloosi ravitsemine on seotud ärakannatamata igavusega. Haigel, kes igavust tunneb, puudub söögiisu ja korralik seedimine, mis tuberkuloosi ravitsemise juures väga tarvilikud faktorid. Reguleeritud töö suudab neid puudusi kiirelt parandada. Pea selgus aga, et Paterson'i meetod, kes ise lubas kehalist tööd teha ainult nen-

1) Võrdle A. Lüüs'i artikkel „Lastekaitse Öhtu-Euroopas“. „Tervis“ № 12/13. 1922.

dele tuberkulooshaigetele, kellel kõige rohkem võimalust oli paranemiseks, kuna töö ei ole teraapiline faktor evolutiivse tiisikuse ravitsemise juures. Majanduslikest ja sotsiaalsest vaatepunktist aga on töö siiski lõpusiht, mida tuberkulooshaige sanatooriumi ravitsemise järele peab kätte saama. Selleks on tarvilik, et igal tuberkuloosi sanatooriumil oleks vastavad töökojad, kus paranejad haiged progressiivselt aktiivse tööga ära harjuvad, end arstlike valve all füüsiliselt treenerides, et seisajäänud haiguse protsess harilikult töö mõju all uuesti evolutiivseks ei muutuks.

Tuberkuloosiga võitleja arsti ees kerkib vahetpidamata üks raskematest küsimustest: mis töö on soovitatav tuberkulooshaigetele? Uurimised Ameerika töökodades näitavad, et tiisikuse surevus oleneb märksa professionist. Tuberkuloosile kahjulikud professionid oleks kivitööstus, igasugune tolmü tekitav töö ja iseäranis tööstus, kus õhk mürgiliste gaasidega täidetud. Klassilised autorid tõendasid, et tuberkulooshaige peab omale valima töö vabas õhus. Uueaja uurimised näitavad aga, et see arvamine igal juhtumisel õige ei ole. Kui tiisikushaige on harjunud töötama kinnises ruumis, siis võib see temale sagedasti kohasem olla, kui töö vabas õhus. Tuberkulooshaige töö intensiivsus peab nimelt kogu aasta enam vähem ühetaoline olema, kuna paljud tööharud vabas õhus (põllutöö) perioodilised on ja siis seotud suure füüsilise jõupingutusega, mis tuberkulooshaigetele sagedasti koguni kahjulik. Kõige selle juures peab aga silmas pidama, et sagedasti peetakse tööd haigusprotsessi halvenemise põhjuseks, kuna aga tõepoolest haige puhketundidel omale rohkem lubab, kui tervis kanda suudab.

Kui ei ole lubatav, et tuberkuloosist paraneja oma endise töö juurde pööraks, siis peab tema uut õppima, sellega algust tehes juba sanatooriumi töökodades arstlike valve all ja lõpetades seda sanitaarkoolides. Prantsusmaal leiame põllutöökolooniid, kus sanatooriumist väljatulijad tuberkulooshaiged arstlike valve all põllutöö aladel (aiapidamine, puuvilja kasvatamine, piima asjandus, kalakasvatatus, mesilaste pidamine jne.) töötavad ja nii soovitava professioni ära õpivad. Laialt tuntud on segakolooniid tööstuse ja põllumajanduse alal, mis hää korralduse juures oma kulud täielikult ära tasuvad ja tuberkuloosi vastu võitlemisel suurt kasu toovad. Suurtes linnades võivad sama osa etendada vastavad töökojad.

Profülaktilisest vaatepunktist ei ole tarvilik, et iga tuberkulooshaige tingimata täielikult isoleeritud oleks, vaid otsustav ses suhtes on tiisikuse batsillide leid haige rõgas. Tuleb süstemaatiliselt uurida haige rõga ja haiged isoleerida otsekohe, kui sääl tuberkuloosi batsillid ilmuvad, mis ühtlasi ka näpunäiteks on, et haige vastavat ravitsemist vajab. Sarnastele haigetele peab asutama permanent töökolooniid mitmekesiste erialadega.

Vähe sellest, et meie tuberkuloosi vastu võitlemisega teoreetiliselt enam vähem tuttavad oleme, tarvis teadust tegelikult ellu viia. Siin pörkame kokku suurte raskustega. Praktilised arstid, kes selles suures töös silmapaistvat osa võiks etendada, on suuremalt osalt puudulikult selleks ette valmistatud. Teistes riikides korraldakse arstidele maksuta kursused, kus tuberkuloosi küsimust teoreetiliselt käsitatakse ja osavõtjad ühtlasi ka praktiliste võitlemisviisidega tutvustakse. Meil leiduks aga vähe neid, kes tegelikult tuberkuloosi vastu võitlemisega tuttavad on ja suuremat teistele pakkuda suudaksid. Et surnud punktist üle saada on tarvilik, et riik, suuremad asu-

tused ehk era-organisatsioonid oma toetusega appi tuleks ja soovijatele võimaluse annaks selle tööga tutvuneda sääl, kus tuberkuloosi vastu võitlemine juba on arenenud.

Tuberkuloosi vastu võitlemise suurt tööd ei suudaks aga ära teha ainult arstid. Neil peab abiks olema ettevalmistatud personaal, mitmekesised organisatsioonid ja kogu intelligentsne rahvakiht.

Ameerika, Inglismaa ja Prantsusmaa arstide kogemused tõendavad, et tuberkuloosi vastu võitlemises on kõige kohasemaks abiks arstilt ettevalmistatud halastajad õed ehk nõnda nimetatud visiteerijad õed, kes abiks on nõuandekoha juhataja-arstile, haigete registreerimise, radioloogiliste ja laboratooriumi uurimiste juures, üldse haige juures kodus nõuandjaks tervishoiu alal niihästi haigetele, kui tema perekonna liikmetele, valvates arsti ettekirjutuste täpikäitmisel järele. Visiteerija õde korraldab tuberkulooshaiges perekonnas hügieenilist eluviisi, juhib haiget arsti juurde, valvab laste järele, kogub teateid abiandmiseks vaestele tööjõuetutele tuberkulooshaigetele ja tutvustab perekonna liikmeid tegelikult tuberkuloosi profülaktikaga. Sanatooriumides, lastekodudes, töö koloonides on visiteerijad õed seesmiste elu korraldajaks. Tuberkuloosi vastu võitlemise propaganda suhtes oleks õdede mõju koguni suurem kui arsti oma: nemad kannavad teaduse saavutusi rahva sekka, õpetavad rahvast neid saavutusi tegelikult tarvitama. Visiteerija-õde ei tarvita ainult sõnu, mis kiirelt ununevad, vaid ta juhib eksijaid otse kätt-pidi õigele teele.

Sarnaste suurte ülesannete täitmiseks on ta vilik, et visiteerijad õed ise vastava kasvatusoleks saanud. Edasi peab visiteerijate õdede valiku juures silmas pidama, et isik huvi tunneks selle töö vastu; peab silmas pidama ka isiku moraalselt külge ja seda ettevalmistamise ajal igakülgsest kasvatama. Ameerikas, Inglismaal ja Prantsusmaal on isesugused koolid visiteerijate õdede ettevalmistamiseks. Kooli aeg kestab 2—3 aastat kindla eeskava järele, kus teoreetilise kursuse kestvus õppijate eelharidusest oleneb. Tegelikult tutvunevad õed tiisikuse vastu võitlemisega — haigemajades ehk sanatooriumides. Välja tulles sarnasest koolist töötab õde arsti juhatusel ja valve all, aga selle juures on tarvilik, et õde isikliku eksperimendi põhjal oma tööpõldu laiendaks ja tööle süveneks.

Mis peaks tehtama meil Eestis nii kaua, kui ettevalmistatud visiteerijaid õdesid veel ei ole? Soovitakse kas või lühendatud kursustel enam vähem rahuldavaid õdesid rutuliselt ette valmistada. Selle juures peab aga silmas pidama, et tuberkuloosi vastu võitlemise süsteem peab algusest peale usaldust ära teenima rahva keskel, milleks on tarvilikud usaldusväärilised tegelased. Kompromiteerib ettevõtte ennast juba alguses, siis on raske pärast viga parandada. Viimaks peab veel alla kriipsutama, et visiteerijate õdede töö ainult siis viljarikas võib olla, kui nende ohvrimeelne töö vastava t a s u leiab ja õed mõistlikkudes elutingimustes töötavad. Visiteerija õe materjaalse seisukorra eest peab iga organisatsioon hoolt kandma, kes tema tööst tõsist kasu ootab.

Tuberkuloosi vastu võitlemine jääb puudulikuks nii kaua, kui tervishoiust arusaamine ei tungi sügavale rahva hingesse. Rahva kasvatamine hügieeni suhtes on algtegur tuberkuloosi vastu võitlemise süsteemis. Sarnase kasvatusoleks saavutamiseks on kaks teed: 1) kollektiivne tee, tervishoiu õpetamise näol koolides, kasarmutes, töökodades, tundidega, kõnedega, anti-

tuberkuloosi propagandaga filmide, kirjanduse ja muuseumide abil jne. 2) Individuaalse õpetuse ja kasvatuselise abil tuberkulooshaigete keskel. Esimene meetod on ekstensiivne, teine intensiivne. Ei tohi unustada, et tuberkuloosi vastu võitlemise kihutustöö on meie juures alles täielikult välja arenemata ja selle korraldamisega peab kiirelt algust tegema.

Tuberkuloosi vastu võitlemises võivad kasu tuua ka vastavad seaduse punktid, mis sotsiaal-hügieeni parandamist korraldavad. Kuid, teiselt poolt, jääksime meie lootma ainult seaduste ja riigi tegevuse peäle, siis ei niikuks see suur ettevõtte nii ruttu paigalt. Sellest tööst peavad osa võtma mitte üksikud isikud, vaid igaüks, kellel kallis oma rahva hää käekäik, luues tuberkuloosi vastu võitlemise organisatsioone ja kogudes raha erateel kulude katmiseks, mida riik omalt poolt jõudu mööda toetama peab.

Et meil veel palju neid leidub, kes tuberkuloosi vastu võitlemise peäle skeptiliselt vaatavad, siis luban siin mõne arvuga selgitada tagajärgi, mida ülevalpool ettetoodud aluste peäle rajatud võitlemise süsteemiga mujal juba kätte on saadud. Daanimaal kahaneb tuberkuloosi surevus iga aastaga, niihästi täiskasvanud isikute, kui laste keskel. Dr. Ostenfeld seletab sarnast nähtust 1905. a. alatud korraliku tuberkuloosi vastu võitlemisega. Framinghamis (Ameerikas) oli tuberkuloosi surevus keskmiselt (a. 1907—1916) 12,1 iga 10.000 elaniku peäle. 1917. a. algas sääal plaanikindel võitlus tuberkuloosi infektsiooniga ja juba 1921. a. oli tuberkuloosi surevus 4,0 iga 10.000 elaniku peäle. Kontrolliks võeti teised linnad samas maakohas, kus tuberkuloosiga võitlemise süsteem ei olnud veel maksev. Nendes linnades oli tuberkuloosi surevus 1916. a. 12,59 ja 1921. a. 10,38 iga 10.000 elaniku peäle. Framinghami katse on tõenduseks kogu haritud ilmale, et tuberkuloosiga võitlemine on võimalik. Kõige vaesemates ja tervishoiuliselt halbades Londoni linnaosades on laste surevus 0—5 aasta vanaduseni praegusel ajal keskmiselt 7 iga 100 lapse peäle, kuna teistes linnades, kus tuberkuloosiga võitlemine alles korraldamata, laste surevus ainult tuberkuloosi tagajärjel mitu korda suurem on.

Tuberkuloosi taud on hädaohuks niihästi rikkale kui vaesele. Silmas pidades, et tuberkuloos kõige suuremat ohvrit nõuab tööliliste ja nende laste keskel, peaks tööliliste organisatsioonid mitte ainult proletariaadi ökonomilise seisukorra parandamise peäle kõike jõudu kulutama, vaid oma tööpõldu märksa tuberkuloosiga võitlemise alal laiendama. Tuberkuloosi vastu võitlemise ja rahva hügieeni protektsiooni alal peavad vennastuma kõikide klasside jõud, et saavutada eestkätt tööliliste tervise seisukorra paranemist ja kogu rahva füüsilist ja ökonomilist tugevust.

**Literatuur:** 1. L. Bernard: L'isolement hospit. des tuberculeux. Bull. du Comit. nation. 1920. — 2. L. Bernard et R. Debré: Les modes d'infection et de préserv. de la tuberc. chez les enfants du premier âge. Acad. de Méd. 1920. — 3. L. Bernard et G. Poix: L'armement antitubercul. Français. Presse médic. N° 22, 1922. — 4. Brown: Rules for Recovery from Tubercul. 1919. — 5. Burnet: La tubercul. de l'enfant à l'adulte. Bull. de l'Inst. Pasteur 1911. — 6. Calmette: L'infection bacillaire et la tubercul. Paris. 1920. — 7. Calmette: Acad. de Médic. 1919. — 8. Calmette: Rôle des méd. et des infirm. visit. des dispens. Bull. du Comit. nation. 1920. — 9. Charles et Hatfield: La démonstr. sanit. et antituberc. de Framingham. 1922. — 10. R. Debré: La prophyl. de la Tubercul. à l'âge pré-scolaire. 1922. — 11. Debré et Jaquet: La période antiallerg. de la tubercul. humaine. Ann. de Méd. 1920. — 12. J. Duffield: Résult. obten. par la lutte

antituberc. aux Etats-Unis. Presse méd. № 69, 1922. — 13. Etat actuel de la lutte antituberc. en Italie. Rome. 1922. — 14. L. Flick: Work for Patients as an Economical Factor. 1909. — 15. Guinard: Activ. et travail au tours du Traitement de la Tuberculose etc. Lyon. 1922. — 16. v. Hayek: Das Tuberkuloseproblem. Berlin. 1921. — 17. Hewat: La lutte contre la Tubercul. à l'âge scolaire. 1922. — 18. F. Humbert: La cure de trav. dans la tuberc. etc. Rev. intern. d'Hyg. publ. № 2-3, 1921. — 19. Kidner: Travail des Tubercul. avant et après la cure. 1922. — 20. Kuss: L'hérédit. parasit. de la tubercul. pulm. 1898. — 21. Landonzy: Cent ans de phtisiologie. 1908. — 22. Marfan: La scrofule, concept. anc. etc. Presse médic. № 1, 1921. — 23. Metschnikoff: Tuberkulose bei den Kalmücken. Anp. de l'Inst. Pasteur. 1911. — 24. Mantoux: Tuberc. pulm. ouverte et tubere. fermée. Presse médic. 1918. — 25. Olmsted et Sand: La prophyl. antitub. dans les familles etc. 1922. — 26. Romme: Auto-immunisation, par le travail etc. Presse médic. № 97, 1909. — 27. G. Roux: Une école de réadapt. au travail pour les tuberc. Presse méd. № 61, 1919. — 28. Sabourin: Traitm. ration. de la Tubercul. 1913. — 29. E. Sergent: Etudes cliniques sur la Tubercul. 1908-1920. — 30. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Tuberculose. Paris. 1920.

#### Resumé français.

Schlossmann: Les principes de la lutte contre la tuberculose. Compilation, au point de vue des connaissances nouvelles, sur les méthodes rationnelles de lutte contre la tuberculose chez les nourrissons, les enfants à l'âge scolaire et les hommes à l'âge majeur par l'amélioration physique, intellectuelle et morale de l'individu et d'assainissement du milieu, ou il vit.

## An welchen Stellen sollen die Nervenbahnen unterbrochen werden, um die regio inguinalis zu anaesthetisieren?

Dr. med. J. Blumberg,

Direktor des Kabinetts für operative Chirurgie der Universität Dorpat.

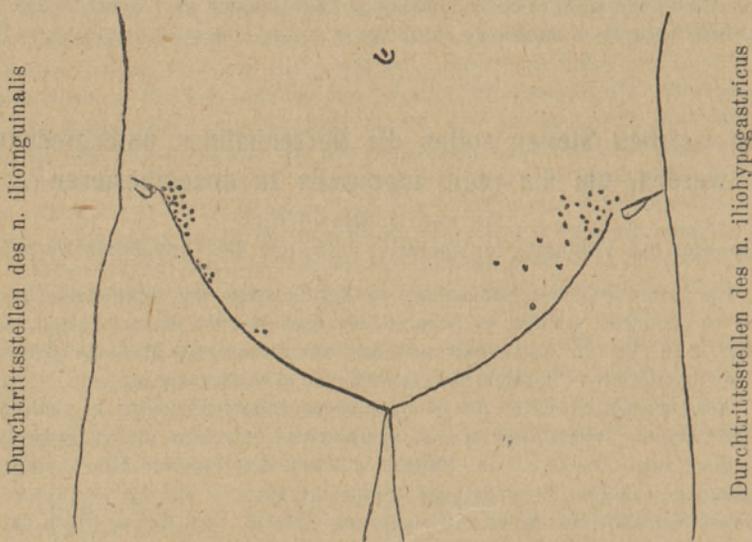
Um unter örtlicher Betäubung in der Leisten- wie Schenkelbeuge operieren zu können, genügt es bekanntlich drei Nerven auszuschalten, deren Stämme man, da die Leitungsanaesthetie heutzutage als Methode der Wahl gilt, von bestimmten Einstichpunkten aus zu erreichen sucht.

Als geeignetste Stelle für den zur Psoasgruppe gehörigen n. genitofemoralis mit seinen beiden Endästen (n. spermaticus extremus und n. lumbinguinalis) dient nach Härtel der Punkt, welcher der äusseren Umrandung des abdominalen (inneren) Leistenringes entspricht, also — auf die Haut projiziert — etwas oberhalb des arcus inguinalis und lateral von der a. iliaca externa gelegen ist. Zeigt sich nach der Injektion hierbei der Cremasterreflex aufgehoben, so war der Nerv demgemäss richtig auf dem m. iliacus getroffen worden. Für die Leitungsunterbrechung erscheint nun dieser Punkt klinisch genommen sicherlich der zentralwärts höchstgelegene zu sein, so dass am Vorschlage Härtel's kaum zu rütteln sein dürfte.

Beim Anaesthetisieren der beiden Bauchwandnerven (n. iliohypogastricus und n. ilioinguinalis) ist es üblich in zweierlei Weise vorzugehen; man umspritzt entweder, wie Härtel rät, die Nerven von eben genannten Punkte aus subfascial (also dicht unter der Obliquusaponeurose) oder aber man infiltriert

entsprechend der Empfehlung von Braun u. And. drei Querfingerbreit einwärts von der spina a. s. eindringend die Muskulatur und zwar in der Richtung zum os ilium hin. Sollen nun behufs sicherer Wirkung die Nerven möglichst centripetal ausgeschaltet werden (eine Forderung, die namentlich Cushing vertritt), so wäre dieser letzteren Methode vor der Härtel'schen der Vorzug zu geben. Es fragt sich nur, ob nicht ein noch höher proximalwärts gelegener, eben erwähntem Postulate vielleicht besser entsprechender Angriffspunkt benutzt werden kann?

In nachstehender schematischen Figur ist nun das Resultat meiner daraufhin angestellten Untersuchungen wiedergegeben. Die an 15 Leichen gewonnenen Ergebnisse wurden für jeden Nerv gesondert in ein Feld (und zwar von beiden Körperhälften zusammengefasst) einpunktiert. Auf der rechten Seite (im Bilde also links) befinden sich die Austrittsstellen durch den m. obliquus internus — für den n. ilioinguinalis, links die — für den n. iliohypogastricus. Bei den 30 Präparaten liess sich der n. ilioinguinalis 4 mal nicht auffinden, ebenso oft war auch der n. iliohypogastricus auf dem Obliquus internus nicht zu sehen. Letzterer Nerv fehlte jedoch nur scheinbar, denn nach Durchtrennung des M. (internus) sah man denselben auf dem Transversus weiter verlaufen, bis er am Rande der Rectusscheide die Aponeurose schliesslich durchbohrte.



Wie aus der Zeichnung ersichtlich, stellt das Gebiet, in dem die beiden Nerven an die Oberfläche gelangen, ein recht genau umschriebenes dar. Ihre Durchtrittsstellen sind jedoch weniger konstant und variieren derartig, dass infolgedessen die von den seitens Braun und Härtel angegebenen Punkten und eingespritzte Flüssigkeit wohl nicht jedesmal die erwünschte Wirkung hervorzurufen im Stande sein dürfte. Die hin und wieder zu beobachtenden Versager werden auch, wie mir scheint, hauptsächlich in dieser unregelmässigen Lage der Nervenbahnen ihre Erklärung finden und weniger in einer besonders

nervösen Beanlagung des Patienten oder gar mangelhaften Injektionstechnik zu suchen sein. Um demnach beim Betäuben der Nervenstämmе solche Zufälligkeiten des Verlaufes möglichst zu umgehen, sollte man einen anderen Angriffspunkt wählen, eine Stelle, die sich beim Präparieren als durchaus gleichbleibend und leicht erreichbar ergeben hat.

Wie zu erwarten, fand sich nämlich proximalwärts dicht oberhalb der spina a. s. eine ausserordentlich konstant bleibende Anordnung der Nerven. Unmittelbar hinter dem Sporn verläuft ihre Richtungslinie fast parallel zur crista ossis ilium, so dass also für die Leitungsanaesthesie die Gegend cranial und ein wenig dorsal von der Spina als recht zweckentsprechend erscheint. Ferner verdient auch berücksichtigt zu werden, dass mit dem Finger bei stärkerem Druck gegen die tieferen Gewebsschichten hin fast ohne Ausnahme bei jedem Menschen eine relativ empfindsamere Stelle sich abmarkieren lässt, die sicherlich nur den Nervensträngen entsprechen kann. Auf diese Weise könnte also (mit Ausnahme der seltenen Fälle, wo die Nerven von der Crista überlagert sind) ihre Entfernung vom Darmbeinkamm abgeschätzt und gedachte Linie somit als Anhaltspunkt gleichfalls verwertet werden.

Nach Gesagtem scheint es mir, dass man bei Operationen in der regio inguinalis die Leitungsanaesthesie demnach in folgender Weise durchführen sollte: die Ausschaltung des n. genitofemoralis resp. des einen Endastes allein (n. spermaticus externus) ist aus Eingangs erwähntem Grunde nach der Methode von Härtel vorzunehmen; für die Leitungsunterbrechung der Bauchwandmuskeln (n. ilioinguinalis und n. iliohypogastricus) kann sich der Härtel'sche Punkt (derselbe, welcher für die Anaesthesierung des n. genitofemoralis benützt wird) und ebenso auch der Braun'sche (medial von der spina) nicht in dem Mass eignen wie die nächste, gleichsam eine Etappe höher, gelegene Stelle. Die topographisch-anatomische Lage der beiden Nerven ist nämlich hier — dorsal und cranial von der in der Längsachse des Körpers durch die spina a. s. ossis ilium gelegten Linie derartig konstant, dass die intermuskulär ausgeführte Umspritzung so ziemlich ohne Ausnahme Erfolg haben muss, während peripherwärts die Durchtrittsstellen der Nervenstämmе durch den Obliquus internus so variabel sind, dass eine „subfasciale“ Betäubung viel eher misslingen kann.

Obwohl die Zahl der Untersuchungen keine grosse ist, dürfte sich dennoch so viel als sicher ergeben haben, dass der atypische Verlauf der beiden zur Bauchwandgruppe gehörigen Nerven bei der Leitungsanaesthesie mehr Beachtung verdiene.

(Tartu Ülikooli Närvikliinikust. Direktor Prof. L. Puusepp.)

## Mõned iseäraldused Heine-Medin'i haiguspidilis täiskasvanute juures.<sup>1)</sup>

Assistent Dr. J. Rives.

Heine kirjeldas esimesena 1840. a. iseloomulikke haigust laste juures, mis palavikuga algab ja ühe ehk mitme ekstremiteedi halvatusе järele jätab.

1) Referaat, peetud T. Ü. Närvikliiniku arstide teaduslikul koosolekul 6. novembril 1921. a.

Charcot ja teised autorid tulid otsusele, et haiguse põhjuseks põletikuline protsess seljaüdis on, mispärast haigus „laste spinaalparalüüs“ nime-tuse sai. Hiljem oli Medinil võimalus Rootsis suuremat epideemilist „laste spinaalparalüüs“ esiletulekut jälgida, esimesena haiguse infektsioös iseloomu pääle tähelpanu juhtida ja väärtuslikke üksikasjalisi kirjeldusi haiguse kliini-liste sümptomide kohta avaldada. Pärast on niisuguseid epideemiaid veel palju tähele pandud ja Vickmann, kes nad ligema uurimise alla võttis, tuli otsusele, et sissejuurdunud haiguse nimetus — „laste spinaalparalüüs“, samuti patoloogio-anatoomiline nimetus — poliomyelitis anterior — liiga ühekülgne ja kitsas on selleks, et kõiki tüüpilistest kõrvalekalduvaid haiguslisi nähtusi ära määrata, näit. ajukestade ja pikliku-aju osavõtmist haiguse protsessist. Wick-mann soovitas sellepärast kõiki poliomyelitis anterior'i, ehk laste spinaalpara-lüüsi juhtumisi „Heine-Medini haiguse“ nimetuse alla mahutada.

Esiialgu loeti Heine-Medini haigust puht-lastehaiguseks. Käesoleva aasta-saja algul ilmusid aga mitmed Heine-Medini haiguse juhtumiste kirjeldused täiskasvanute juures, kuigi nimetatud haigus viimaste juures harva ette tuleb.

Mul on täna võimalik demonstreerida kolme poliomyelitis anterior'i juhtu-mist täiskasvanute juures, nendest kaks tüüpilist haiguspildist kõrvale-kalduvat ja sellepärast rohkem Heine-Medini haiguse nime alla käivat.

Esimene haige: A. T. 23 aastane neiu, põllutööline. Ennemalt täitsa terve olnud. Aug. kuul 1920 käis jahedas vees suplemas. Järgmisel kahel päeval päävalud, väsimus, nõrkus, kolmandal raske palavik, higistamine, valud selja sees ja säärtes, viiendal jäi pahem jalg nõrgaks, kuuendal — parem jalg ja pahem käsi. Kahe päeva jooksul suurenes nõrkus pahemas jalgas täie-lise halvatuseni, mille järele palavik kadus. Põie ja pärasoole talituse poolt mingisuguseid korratusi ei olnud. Valud keetsid jalgades edasi, istumise juures oli selgroog nõrk ja tegi valu, pahem jalg kuni puusani eluta. Ravitses end kahe kuu jooksul haigemajades, mille tagajärjel pahem käsi paranes, parem jalg tugevamaks läks ja pahemat jalga puusast vähe paenutada võis. Närvikliniku tuli 16. VIII. 1921. a.

Status 16. VIII. 21. Pahema sääre lihaksetes täieline atroofiline halvatus, osaline reie ja vaagnavöö lihaksete halvatus. Võimalikud liigutused puusajatkus on — nõrk fleksioon, väga nõrk adduktsioon, tugevam abduktsioon ja võrdlemisi hea rotatsioon. Põlve jatkus ja jalajatkus tahtelised liigutused võimatud. Varvastest võib ainult 4-dat paenutada. Parem jalg ja pahem käsi — nõrgemad. Parema reie ümbermõõt 47 cm., pahema — 44 cm., parem sääre — 29, pahem — 27 cm. Halvatud musklid ilmutavad selget elektrilist kõdunemisreaktsiooni. Refleksid: Parem patellaar ja achillesrefleks — nõrgad, pahemal jalal puuduvad mõlemad. Käevartel — parem triceps nõrk, teised refleksid harilikud. Tundlikkus intakt, närviharud vajutuse juures valuta.

Teine haige: O. U. 24 aastane põllumees. Varemalt ikka terve olnud. Oktoobrikuul 1919. a. sõjaväljal külmetas end mitu ööd järgimööda metsas viibides. Nädalpäivi kestev palavik. Ühel hommikul üles ärgates leidis mõlemad jalad halvatud olevat. Esimestel päevil selle järele korratu põie talitus. Ravitses end sõjaväe haigemajades, pahem jalg hakkas varsti para-nema, parem jäi halvatuks. Närvikliiniku tuli 5. IX. 1921. a.

Status. Näos — parema facialis'e parees. Edasi — parema sääre ja reielihaksete atroofiline halvatus. Glutaeus'e grupi ja vaagnavöö lihaksete osaline halvatus. Võimalikud liigutused puusajatkus on — nõrk fleksioon ja rotatsioon. Põlve ja jalajatkus tahtelisi liigutusi ei ole. Pahema jala jõud normaalsest vähem. Parema reie ümbermõõt — keskkohast 35 cm., alt — 30 cm., pahema reie ümbermõõt keskkohast 43 cm., alt — 36 cm. Parem sääre — 29 cm., pahem — 36 cm. Halvatud musklites elektriline kõdunemisreaktsioon. Refleksid: Patellaar ja achilles paremal jalal puuduvad, pahemal — mõlemad nõrgad; cremasterrefleks mõlemil pool nõrk. Tundlikkus paremal jalal nõrgem

kui pahemal. Närviharud vajutuse juures valuta. Haige käib kepi najal paremat jalga järel vedades.

Kolmas haige: K. S. 43 aastane, kurtumm, karjane. 25-dal sept. 1921. oli pererahva seletuse järele rahutu ja tegi vastu tahtmist oma tööd. Pääle õhtusööki läks küüni magama. Umbes tunni aja pärast leiti teda küüni lähel maas karjumast. Üles tõusta ega käia ei saanud halvatus tagajärjel. Järgmisel päeval toodi haige kliiniku. On varem terve olnud, viina on vähe joonud, palju suitsetanud.

Status 26. IX. 1921. T<sup>o</sup> 38,5. Mõlema käe atrofiline halvatus, käed ripuvad elutalt. Õlad liikumatad. Jalgades liigutused alles. Näos — pahema facialis'e ja n. hypoglossus'e parees. Kaela lihaskete kangestus, opisthotonus. — Refleksid: Käevarte ja õlgvöö r. puuduvad, kõhu r. nõrgad, mõlemil pool selge cremasterrefleks. Mõlema jala patellaar ja achillesrefl. tuntavalt kõrgendatud. Pahema jala pääl — kerge Babinsky. Pöie ja pärasoole talitus korralik, tundlikkus intakt. Lumbaalfunktsioon andis läbipaistvat, kõrgendatud rõhumiise all olevat, patoloogiliselt muutumat seljaüdi vedelikku. Sellest kahe cm<sup>3</sup> jänesele subarachnoidaal-ruumi pritsimine jäi tagajärjetuks. Palavik kestis 8 päeva kõikudes 38,5—37<sup>o</sup> vahel. Selle aja jooksul kadusid opisthotonus, n. facialis'e ja n. hypoglossus'e pareesi nähtused. 10-dal haiguse päeval võis haige juba õlgu tõsta, samal ajal hakkasid nõrgad refleksid kätel ilmsiks tulema, mis ajajooksul elavamaks muutusid. Haiguse kestusel on kätel tuntav atroof välja arenenud, mis alt ülespoole minnes suureneb ja õlgvöö lihased oma alla võtab.

Praegune status: Mõlema käevarre ja õlgvöö lihaskete atrofiline halvatus. Võimalikud liigutused on — piiratud ulatusega paenutus ja sirutus sõrmis ja mõlema õla tõstmine. Kõige rohkem atrofeeritud on käevarte fleksorite grupp, deltoideus, supra- ja infraspinati, viimane rohkem paremalt poolt. Parema käevarre ümbermõõt — 23,5 cm., pahema — 22 cm., mõlema küünarvarre ümbermõõt — 22 cm. Refleksid: Elava raadius'e periostilised r. mõlematel kätel, pahem biceps'i r. puudub, parem — nõrk. Triceps'i ja mõlema õlgvöö r. kõrgendatud, niisamuti patellaar- ja achilles refl. mõlemal pool. Atrofeeritud muskrites — elektriline äritavus madalam kui harilikult, kõdunemisreaktsioon puudub. Tundlikkus muutmata.

Kõigil kolmel juhtumisel on seega haiguse algus sügiskuudel (august—oktoober). Mis põhjusel üldse suurem hulk sporaadilisi kui ka epideemilisi poliomyelitis'e haigeksjäämisi hilistel suvekuudel ette tuleb on praegu veel seletamata, samuti on teadmata need tingimised, mille läbi Heine-Medini haigus epideemiliseks muutuda võib, ehk küll nimetatud haiguse sünnitaja kasvamise tingimised ja omadused Flexneri, Noguchi ja teiste poolt küllalt üksikasjaliselt läbitöötatud on. Nende autorite järele on poliomyelitis anteriori sünnitajad 0,2 u läbimõõduga ümarik-ovaal kujuga kokkid; nad on filtreeritavad, arenevad anaeroob elamistingimistes, on väga resistentsed madala temperatuuri ja kuivamise vastu. Neid on alati leida haigete keskergukavas, pääasjalikult seljaajus, kuhu nad perifeer-närvide mahladeid mööda tungivad, mis katsete varal kindlaks tehtud, sissetungimisväravatena ülemisi õhuteid (nina, suu, kurgu limanahka) ja kõhu-soolte trakti tarvitades. Liquor cerebrospinalis ja veri on neist alati vaba.

Clark, Flexner ja Fraser näitasid, et haigete ja neid ümbritsevate inimeste suu, nina ja kurgu sekreedis poliomyelitis'e sünnitajad niivõrd suurel arvul pesitsevad, et sekreediga ahvide infitseerimine võimalik oli. Römer'i arvamise järele on just haigetega läbikäijad ja abortiiv kujul poliomyelitis't põdejad kardetavamad haiguse laialilaotajad. Meie kahel esimesel juhtumisel sai haigete eneste poolt haiguse põhjusena külmetus nimeta-

tud, mis küll siin ainult praedispooneerivaks momendiks olla võib, kuna infektsiooni alghallikat ei olnud võimalik kindlaks teha.

Kui nüüd põletikulise protsessi ulatust seljaüdis ligema vaatlemise alla võtta, siis näeme, et täiskasvanute juures haigusel tendents on võimalikult laia piirkonda seljaüdist oma alla võtta.

Meie esimesel juhtumisel, arvesse võttes kõige nelja ekstreemiteedi riket, peame seljaüdis haiguslist protsessi V caela segmendist II sakraalsegmenadini lokaliseerima, pahemas eespoolses sarves suuremal määral kui paremas. — Kui äge staadium möödab, oli haigel pahem jalg halvatud, parem jalg ja pahem käsi nõrgad, see tähendab, esialgsed laiaulatuslised haiguse nähtused kujunesid õieti väikesel määral tagasi. Siin olgu ka tähendatud, et haigusline protsess vahel üksikud rakkude grupid, mis mõnda osakest musklist innerveerivad, puutumata jätab, kuna ümbruses kõik hävitatud on, mida esimesel juhtumisel sääre ja labajala musklite täielise halvatus juures IV varba liigutuse võimalus tõendab.

Teine ja kolmas juhtumine näitavad, et patoloogiline protsess ka pikliku aju, ajukestade ja tagumise sarve pääle laieneda võib, sellega facialis'e, hypoglossuse pareesi, opisthotonust ja tundelikkuse nõrgenemist esile kutsudes, milline lokaliseerimine andis põhjust kirjeldatud juhtumistel terminuse — „encephalomyelitis acuta infiltrativa disseminata“ — tarvitusele võtta. Nüüd on aga kolmanda haige juures veel iseäraliku nähtusega tegemist, ja nimelt atrofeeritud muskliste kõrgendatud kõõlus-refleksid ja osa atrofeeritud muskliste peaaegu normaalne elektriline äritatavus. Need leidused on võimalikud siin ainult püramidaaljuhttee haiguslisest protsessist osavõtmise läbi, atrofeeritud lihaskude üksikute kiudude intakt olemise juures. Juba teisel haiguse päeval konstateerisime haigel Babinsky refleksi, mis püramidaaljuhttee vigastusest tunnistust annab. Kõrgendatud refleksid ülemistel ekstreemiteedel on seletatavad ainult nii, et põletikulise protsessi hävitades eespoolne sarve ühenduse püramidaaljuhtteega ja suurema hulga eespoolse sarve rakke, on jäänud puutumata üksikud eespoolse sarve rakud ja tagumisest sarvest tulevad refleksikollateraaliid, mille tõttu terveksjäänud rakkudest väljaminevad närvikiud ja neist innerveerit muskliste osad ühelt poolt elavaid reflekse annavad, teiselt poolt oma kõrgendatud elektrilise äritatavusega atrofeeritud musklikiude patoloogilise kõõlumisreaktsiooni esiletulekut takistavad.

Kas meil Eestis Heine-Medini haiguse epideemiaid on olnud, ei või ma ütelda, kuid närvikliiniku materjali järele otsustades võib tõendada, et selle haiguse juhtumised teiste närvahaigustega võrreldes meil kaunis sagedased on. Nii oli meil mineval kuul kliinikus seitse Heine-Medini haigust põdejat ravitsemisel, seega tervelt 10% kõigest haigete arvust.

#### Deutsches Referat.

J. Rives: Einige Besonderheiten im Bilde der Heine-Medinschen Krankheit bei Erwachsenen. Verf. führt nach allgemein einleitenden Bemerkungen 3 eigene Fälle an, von denen 2 unter dem Bilde einer „encephalomyelitis acuta infiltrativa disseminata“ verliefen, einer ausserdem eine Mitbeteiligung der Pyramidenbahnen zeigte.

## Hochgradige lokale Eosinophilie bei einem mit Optochin behandelten postpneumonischen Pleuraexsudat.

Von Dr. Hans Schotter-Moskau.

Bei einer banalen Erkrankung, einer zentralen Pneumokokken-Pneumonie mit nachfolgender Pleuritis, die ich spezifisch mit Optochin behandelte, stiess ich unerwartet auf einen Befund, welcher mir wert erscheint zu einer kurzen Mitteilung.

Herr J. B., 40 J. a., Arzt, Bakteriologe, Semit, tuberkulös belastet, skoliotisch, starke Deformation der rechten Thorax-Hälfte, zart gebaut. Als Kind Scharlach und Pneumonie durchgemacht. Vor  $1\frac{1}{2}$  Jahren an der Front eine unbestimmte typhöse Erkrankung, an welche sich eine rechtsseitige katarrhale Pneumonie anschloss mit sehr protrahiertem Verlauf. Die letzten Jahre ungenügende Ernährung, anämisch, beständig Ohrensausen.

Am 2. II. 1922 abends plötzlich erkrankt, mit Schüttelfrost. Verdacht auf Pneumonie.

Am 4. II. rostfarbenes Sputum, rechtsseitige zentrale Pneumonie. Im Sputum in enormer Menge Pneumokokken, sonst kein bakterieller Befund. Herztätigkeit gut. Vom 5. II. bis 8. II. alle sechs Stunden Optochinum basicum zu 0,2 (im Ganzen 2,4). Alle subjektiven Beschwerden schwanden schon nach den ersten Gaben, auf die Temperatur machte sich kein Einfluss bemerkbar.

In der Nacht auf den 8. II. Krisis, während und darauf gutes Selbstbefinden. Herztätigkeit gut. Temperatur, welche sich bisher zwischen  $39^{\circ}$  und  $40^{\circ}$  bewegt, fiel auf  $36,5^{\circ}$  und blieb während des ganzen Nachverlaufes stets unter  $37^{\circ}$ .

Vom 9. II. bis 15. II. trockene Pleuritis, bei anfangs grobem Pleurareiben und starken Atmungs- und Bewegungsschmerzen.

Zum 16. II. schwinden auch diese Erscheinungen. P. fühlt sich wohl, und verlässt das Bett. Vom 19. II. Spaziergänge im Freien.

Vom 26. II. stellt sich bei normalen Temperaturen Kurzatmigkeit ein; rechts unten mässige Pleuradämpfung, abgeschwächtes Atemgeräusch und Fremitus.

Am 27. II. bei normalen Temperaturen, Exsudat. P. erhält Diuretin 0,5,  $3\times$  täglich. Nach anfänglichen Schwankungen bleibt d. Exsudat konstant, bis angulus scapulae. Ausser mässiger Kurzatmigkeit keine Beschwerden. P. bleibt ausser Bett, setzt auch die Spaziergänge fort.

Am 9. III., da keine Anzeichen des Schwindens des Exsudates sichtbar, werden 1150 ccm. durch Punktion entfernt. Exsudat leicht trübe. Nach der Punktion zwei Tage Betruhe. Keine weiteren Störungen. P. arbeitet wie vor der Erkrankung.

Das Exsudat wurde sofort einem Meerschweinchen intraperitoneal verimpft; Aussaat auf: Agar, Bouillon, Glycerin-Agar, Agar mit Ascites: alle Proben blieben steril, das Meerschweinchen gesund.

Cytologischer Befund.<sup>1)</sup> Beim Abstehen bildet sich Fibrin-Gerinsel und geringer Niederschlag aus Zellen. Letzterer besteht aus: a) polymorphkernigen Leukocyten in grosser Menge, von diesen bilden die Hauptmasse eosinophile Zellen (ca 80%), b) spärlich Lymphocyten, c) spärliche Endothelzellen, zum Teil vakuolisiert und fettig entartet, d) vereinzelte Erythrocyten, e) Mikroorganismen nicht nachweisbar.

4 Tage darauf wurde die Anzahl der Eosinophylen im Blute bestimmt, was nur 4% ergab.

1) Die Untersuchungen wurden im Metschnikoff-Institut für Infektionsforschung in Moskau durch Herrn Dozenten Dr. Epstein in lebenswürdiger Weise ausgeführt.

Es handelt sich also um einen Fall zentraler reiner Pneumokokken-Pneumonie mit, durch Optochin-Behandlung vielleicht verkürztem, jedenfalls günstig beeinflusstem Verlauf, an welche sich eine anfangs trockene, später exsudative Pleuritis bei fortlaufend normalen Temperaturen schloss, welche, am 36. Krankheitstage punktiert, mit vollkommener Genesung endete; im Exsudat erwies sich eine enorme Eosinophilie (ca 80%), während das Blut nur 4% eosinophiler Zellen aufwies.

Da ein so enormer Unterschied der Eosinophilie des Blutes und des Pleuraexsudates kein blosser Zufall sein kann; da, ferner, hochgradige Eosinophilien postpneumonischer und anderer Pleuraexsudate mir aus der Literatur nicht bekannt sind, wo doch Tag für Tag hunderte von Pleuraexsudaten cytologisch untersucht werden, kann ich nicht umhin, diesen ungewöhnlichen Befund mit der Optochin-Wirkung in Zusammenhang zu bringen.

Nach Arneft stehen die Eosinophilen in keiner Beziehung zum Kampfe des Organismus gegen die pneumonische Infektion oder zur Bildung der Schutzstoffe; im Gegenteil: je schwerer die Pneumonie, um so rascher und vollständiger schwinden sie bald nach dem Schüttelfrost aus ihren peripheren Aufenthaltsorten, um erst nach Abklingen des pneumonischen Prozesses wieder zum Vorschein zu kommen, besonders in der ersten Woche nach der Krisis, oft in relativ vermehrter Anzahl; diese postpneumonische Eosinophilie wird mit jeder folgenden Pneumonie schwächer. Dabei weisen die Eosinophilen bei ihrem Wiederauftreten überreife Formen auf, woraus zu schliessen ist, dass sie durch den pneumonischen Prozess keine Schädigungen erleiden. Auch bei anderen Infektionskrankheiten (Scharlach, Typhus, etc.) pflegen die Eosinophilen mit zunehmender Schwere der Erkrankung zu verschwinden, was beim Scharlach, z. B., die Prognosestellung auf schlimmen Ausgang lenkt; ihr Wiederauftreten ist im Gegenteil ein günstiges Zeichen. Dasselbe gilt auch für tuberkulöse Erkrankungen, wo durch Hinzutreten einer anderen Infektion (Mischinfektion) die Eosinophilen zum Schwinden gebracht werden, um nach Abklingen der Mischinfektion, als prognostisch günstiges Zeichen wieder aufzutauchen (M. G e l b a r t, J. C z u p r i n a). Es hat den Anschein, dass die Eosinophilen sich, Schmarotzern ähnlich, bei akuten und interkurrierenden Erkrankungen in ihre Schlupfwinkel flüchten, um, nach überstandener Gefahr, durch irgendwelche chemotaktisch auf sie wirkende Stoffe angelockt, sich als „Hyänen des Schlachtfeldes“ einzufinden. Diese „eosinotropen“ Stoffe sind wohl Eiweissabbauprodukte, artfremden oder auch arteigenen (in B r u c k ' s c h e m Sinne) Ursprunges, welche besonders reichlich gerade bei den Zuständen, bei welchen wir das lebhaftes Spiel der Eosinophilen beobachten, vorauszusetzen sind.

Diese Anschauung findet ihre Begründung in der von S c h l e c h t und S c h w a n k e r mit Promptheit experimentell hervorgerufenen Eosinophilie bei Tieren, durch parenterale Zufuhr artfremden Eiweisses. Weiter sprechen dafür die Beobachtungen bei sogenannter lokaler Eosinophilie. Nach Joh. Oehler kommt eine lokale Gewebs-Eosinophilie, ohne merkliche Vermehrung der eosinophilen Zellen im kreisenden Blute, auch normalweise vor, und zwar regelmässig in der Darmwand, besonders reichlich in Darmpolypen. In pathologischen Fällen findet sich lokale Eosinophilie im entzündeten Appendix, in der Umgebung tuberkulöser Herde, ebenso an der Grenze des Karzinoms

(im sog. Schutzwall); in letzterem Falle ruft nicht das Bestehen des Tumors als solche die Eosinophilie hervor, sondern erst die Entzündung, besonders aber Ulzerationen und Zerfall. Erst später, wo offenbar der Schutzwall durchbrochen, und die Abbauprodukte im gesamten Organismus zirkulieren, wo sich Kachexie einzustellen beginnt, finden sich auch im Blute höhere Werte eosinophiler Zellen (bis 45,7% im Falle Strisower's).

H. Schlecht teilte 1917 zwei Fälle mit, wo nach Verabfolgung organischer Arsenpräparate hochgradige Eosinophilie des Blutes (20% und 25,5%) auftrat; im ersten Falle, welcher auch von Neisser bearbeitet worden ist (1911) fand sich bei der Sektion lokale hochgradige Eosinophilie in Leber, Milz und Darm; im zweiten Falle hochgradige Eosinophilie in der Haut und in dem Inhalt der Hautbläschen (bis zu  $\frac{1}{3}$  aller Zellen), in kleinen Bläschen noch mehr. Beide Kranken hatten schwere anaphylaktische Erscheinungen. Schlecht schliesst sich bei Erklärung seiner Fälle der Anschauung von Schittenhelm an, welcher den Begriff der Anaphylaxie in weitem Sinne fasst, darunter alle Folgezustände zusammenfassend, die durch einen parenteralen Eiweissabbau überhaupt hervorgerufen werden, dass die Noxe in eiweissartigen Stoffen und Eiweissabkömmlingen resp. in den Produkten der parenteralen Eiweissverdauung oder der Eiweisshydrolyse zu suchen ist.

Der Anschauung, dass eosinophile Zustände durch mechanische Vagus-erregung beeinflusst würden (Strisower, Türk) widersprechen die Versuche Schwenker's und Schlecht's, welche ergaben, dass die sympathiko- und autonomotropen Substanzen (Adrenalin, Pilocarpin, Physostigmin) alle gleichartig eine Abnahme der Eosinophilen bewirken, und somit zur Erklärung der lokalen Eosinophilie die Reizung des autonomen oder sympathischen Nervensystems nicht angesprochen werden dürfe.

Wollte man in dem von mir mitgeteilten Falle die gefundene kolossale und ausschliesslich lokale Eosinophilie durch Eiweissabbau des Exsudates erklären, so müsste es wundern, das gleichdeutige Befunde nicht an der Tagesordnung sind. Unser Befund zählt aber zu den Seltenheiten. Anaphylaktische Erscheinungen in engerem Sinne fehlten vollkommen, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich. Es muss also noch ein Faktor mitgewirkt haben, und diesen sehe ich in Optochin.

Dass das Optochin an und für sich eosinotrop wirkt, möchte ich bezweifeln. Findet das Mittel doch schon seit 10 Jahren seine Verwendung. Besonders bei seiner intravenösen Anwendungsform, die von Lenne besonders anempfohlen wurde, müsste es dann doch zu einer ausgesprochenen hochgradigen Eosinophilie des Blutes kommen, was jedoch bis jetzt nicht vermerkt wurde.

Unser Fall wies aber eine reine Pneumokokkeninfektion auf. Ziehen wir die unüberholt hohe spezifische Wirkung des Optochins auf Pneumokokken in Betracht (Lösungen von 1 : 400,000 wirken bakterizid!); so berechtigt uns dieses zur möglichen Annahme, dass es sich in gegebenem Falle um eine Massenabtötung der Krankheitserreger gehandelt habe, denn Abbauprodukte, durch das Optochin eigenartig ungestimmt, stark eosinotrop wirkten.

Weitere Beobachtungen werden zeigen, in welchen Beziehungen das Optochin zur postpneumonischen allgemeinen und lokalen Eosinophilie steht.

**Literatur.** I. Arneth: M. m. W. 1912. S. 2194. Derselbe: „Das qualitative Blutbild“, 1920. — M. Gelbart: M. m. W. 1912. S. 2474. — B. Ebbel: M. m. W. 1912. S. 2186. — I. Czuprina: „Mediz. Obosrenije“ 1917. № 1. — Schlecht und Schwenker: M. m. W. 1917. S. 35. — Joh. Oehler: M. m. W. 1917. S. 201. — H. Schlecht: M. m. W. 1917. S. 800. — Schwenker und Schlecht: M. m. W. 1912. S. 2673. — Lenné: M. m. W. 1913. S. 2475. — Schellong: M. m. W. 1922. № 15.

## Lastekliinikud ja lastekaitse Saksamaal.

Dr. med. A. Lüüs,

Tartu Ülikooli lastekliiniku juhataja.

Lastehaiguste teadus Saksamaal ei ole veel mitte kaua edeneda võinud. Alles mineva aastasaja viimasel veerandil hakati sääli lastekliinikuid asutama ja nendes õpetust andma. Ainult Berliini lastehaiguste kliinik on juba 1830. a. dārit. Selle järele avati lastekliinikud Münchenis, Leipzgis ja Breslaus, millised neli ka tähtsamate hulka tulevad arvata. Kõik teised on palju nooremad. 1909. a. oli Saksamaal 20 ülikooli. Nendest oli ainult 10. lastekliinik tarvitada, 8. olid laste jaoskonnad sisekliiniku juures, kuna kaks (Giessen ja Königsberg) laste polikliinikuga pidid leppima. Viimastel aastatel on mitmel pool uued kliinikud avatud ja laste jaoskondi sisekliinikute juures tohiks praegu vahest mõned üksikud veel leiduda. Ka õpejõud on eriteadlased, pääle nelja ülikooli, kus internistid kõrvalainena lastehaigusid loevad (Königsberg, Greifswald, Kiel ja Erlangen). 1918. a. pääle on lastehaigused ka sunduslik eksamite aine ülikoolides. Loetakse seda ainet kaks semestrit (9. ja 10.) à kolm tundi nädalas.

\*

Hakkasin oma reisu Saksamaa ülikoolide lastekliinikute tundmaõppimiseks Jeenas pääle, kus ka Saksa lastearstide kongressist 12.—14. maini 1921. a. osa võtsin. Kongressi pääteemad olid:

1. „Külgehakkavate haiguste edasikandmine“, — referendid prof. Klein-schmidt-Hamburgist ja von Szontagh-Budapestist.
2. „Rinnalapse enteraalne infektsioon“, — referendid prof. Moro-Heidelbergist ja Bessan-Marburgist.

Teisi ettekandeid oli kokku üle 40, millistest suuremat tähelepanu leidis Degkvitz'i oma: „Leetrite tekitaja kasvatamine ja kaitserõuged elavatest pisilastest leetrite vastu“. Kõneleja usub, et temal korda on läinud haigete nina- ja kurgu-nõrest leetrite tekitajaid kasvatada, nende virulentsust nõrgendada ja neid kaitselimana tarvitada.

Huvitav oli ka prof. Lust'i kõne: „Nālgivad rinnaga toidetavad lapsed“. Kõneleja oli tähele pannud, et sõja ajal ja pääle sõja mõned rinnaga toidetavad lapsed ei edenenud ehk nad küll kvantitatiivselt küllalt rinnapiima said. Autor arvab, et emade kehva toitumise pärast nende piim vist kvalitaatiivselt pahemaks muutunud on. Nüüd on Viinis leitud, et emapiimas kõhna toidu tagajärjel vähem suhkru- ja rasvaaineid leitud.

Lastekliinik Jeenas on alles nelja aasta eest asutatud, milleks kolm kena kivist maja üksteise läheduses ära osteti ja natuke ümber ehitati. Kõige

suuremas nendest on kliiniku kõrvalruumid ja palatid suurematele lastele, vähemas — rinnalaste kodu 36 lapsele ja haigete rinnalaste jaoskond, kuna kolmandas polikliinik, nõuandekoht emadele ja personaali elutoad asuvad. Kokku on 80 voodit, millist arvu võib kuni 100-ni suurendada. — Kliinikul on neli assistenti (kaks vanemat ja kaks nooremat) ja hulk vabatahtlikke, kuna majaõde haigete järele valvab. Viimase alla kuuluvad 10 jaoskonna õde-ravitset ja 32 õpilast, kes kogu aasta kliinikus elavad, töötavad ja õpetust saavad. — Kliiniku asutamise on võimalikuks teinud Zeissi vabrikud, kes ka kõik kulud kannavad. Kliiniku direktoriks on prof. Dr. Jussuf Ibrahim.

Järgnesid külaskäigud Giessen'i, Marburg'i ja Göttingen'i ülikoolide lastekliinikutesse, mille juures mina pikemalt ei peata. Edasi jõudsin Leipzig'i, mille ülikooli lastekliinik aasta 30 eest prof. O. Heubneri soovide järele ehitati. Nüüd on ta mõnes tükis juba vananenud. Ta voodite arv, mis kord üle 250 ulatanud, on nüüd 160. Kliinikus on: sisehaiguste, rinnalaste, külgehakkavate haiguste ja kirurgia-ortopeedia jaoskonnad, üleselle tiisikushaigete barakk.

Haigesaalid on väga suured, vana viisi järele ehitatud. Kena raamatukogu, suur, ilus amfiteatri moodi auditoorium, ilusad lahedad laboratooriumid, üks keemiline, teine bakterioloogiline. Lahedad õdede elamisruumid, õdede kasiino.

Praegu juhatab kliinikut ülemarst Dr. Frank, kellel 6 assistenti ja hulk volontäär-arste abiks (endine juhataja prof. Thiemich suri veebruaril 1921 aneurysma aortae kätte). Leipzigist sõitsin Breslausse, kus lastekliinik on prof. A. D. Czerny soovide järele 1900. a. ehitatud. 1908. a. ehitati sinna juurde tiisikushaigete paviljong: terve lõunapoolne külg peaaegu akendest, ka lõunapoolne katus osalt klaasist; seinad valge õlivärviga kaetud, saalide vaheseinad klaasist. Uste kohal ja mujal laste elust ja rõõmst pildid seintele maalitud.

Kliinikuga on ka ühenduses üks linna nõuandekoht tiisikushaigetele lastele, mida üks kliiniku assistentidest juhatab. Kliinikus tehakse palju tööd bakterioloogias ja hämatoloogias. Bakteeriade kasvu pääle katsutakse vitamiinidega mõjuda, viimaseid nende toidu hulka segades, mis märksa nende kasvumist kiirendab. — Hämatoloogias jälle on vere transfusioon maad võtmas. Nõrkadele ja verevaestele lastele rinnaeas pritsitakse nende vanemate verd veenasse kas otsekohe ehk selle järele, kui ta tsitronihappega teatava aja jään on seisnud. Kirjanduses teatatakse häädest tagajärgedest selle arstismetoodi järele.

Päahoone ja barakkide vahel on suur aed varjuliste ilupuudega, mis võimaldab lastel väljasviibimist kuuma ilmaga.

Kliiniku juhatajaks on professor Karl Stolte, kellel abiks 7 assistenti.

Breslau linnal on suurepäraline rinnalastekodu, avatud 1911. a.; suur neljakordne kivist maja, mis jaguneb kahte osasse: lõunapoolses osas on lastesaalid, rõdud päikesevannide jaoks ja kontori ruumid, põhjapoolses osas ammede imetamise ruumid, laste mängutoad, õdede elamisruumid jne. Kõik on puhas, ilus, valge; klaasist vaheseinad üksikute saalide vahel, linoleum põrandal, nikkelist vannid rataste pääl. Et sisemisi infektsioone ära hoida, siis on mitmes saalis boksid sisse seatud, mis oma jagu kaitset selleks pakuvad.

Majas on 150 rinnalapsele ruumi. Ammesid on 20 ümber. Lapsi toidetakse enamiste kunstlikult, ainult hädakorral rinnaga. Tähele on pandud, et

raskesti haiged lapsed siin enamasti öösel kella 2—4 paiku surevad. Mis võiks selle põhjuseks olla? Kas mitte toitmise puudus? Et seda kindlaks teha on asutuse juhataja raskemini haigeid lapsi ka öösel käskinud toita, iga tunni, kahe ehk kolme järele. Selle järele on küll surevuse kõrgem tipp kella 2—4 vahel alanenud, kuid päris ärajäänud ei ole ta mitte. Vist on siin veel teised tegurid mõjumas.

Berliinis viibides käisin keisriproua Friedrich'i nimelist linna lastehaigemaja vaatamas, mida nüüd tuntud professor H. Finkelstein juhatab. Haigemaja on läinud aastasaja 90. aastatel prof. Baginsky ettevõttel asutatud ja nüüd kõige suurem tervel Saksamaal, 450 voodiga, nendest tihti pooled rinnalaste all. Külgehakkavate haiguste jaoskonnad on vanemad ehitused, kuid siiski veel päris kenad; sisehaiguste ja kirurgia jaoskonnad uemad: laiad koridorid, vähelikud haigete saalid, millede vaheseinad klaasist, põrandad kivist, ilma linoleumi katteta. — Haigemajas on rohkesti lues congenita juhtumisi; palju ka enneaegseid lapsi, kellest mitte ükski ei olnud kuvöösis, olgugi, et prof. Finkelstein ise kuvöösi on konstrueerinud ja müügile saatnud.

Berliini rinnalastekodu (Waisenhaus Berlin) asub päratu suures kivimajas, mis ehitatud läinud aastasaja lõpul. (Ennemini on laste jaoks miskisugune depoo olnud, kust neid välja kasvatada anti: surevus 70—80%.) Lapsi võib asutusse vastu võtta 500—600, nendest 200—300 alla aastat. — Suuremaid lapsi peetakse ainult ajutiselt, kuni nende jaoks kasvataja ehk mõni muu koht leitakse. Toidetakse peaaegu kõiki kunstlikult. Hakatakse juba algusest pääle  $\frac{1}{2}$  piima,  $\frac{1}{2}$  vett andma, + 5—8% suhkrut. Lapsed nägid päris prisked välja, lihaksed kõvad, liigutused elavad.

Asutus on keskkohaks kogu Berliinile. Tema alla kuuluvad 8 kasvatuskohta maal ja linnas ja 10 linna nõuandekohta emadele. Hiljuti on veel Berliini lähedal Buch'is suur haigemaja-sanatoorium kroonilistele haigetele lastele linna poolt avatud, kuhu 600—800 last kõigis vanadustes kuni 14. a. lõpuni vastu võtta võib. Lapsed alla 6 a. peetakse enne 9 nädalat karantiinis, alles siis jaotatakse nad oma kohtadele.

Tiisikust arstitakse looduse jõududega: lapsed magavad hilisügiseni terve öö väljas rõdu pääl. Sama põhimõte on ka rachiiti arstimisel: ainult vahetevahel saavad lapsed kalarasva ilma vosvorita, sest viimane olla kallis.

1909. a. avati Berliinis keisriproua Auguste Viktoria-Maja rinnalastele surevuse vastu võitlemiseks Saksa riigis. Temal on kaks ülesannet: teaduslik ja praktiline. Ta püüab leida ja välja töötada meetode, kuidas rinnalapsi kõige parem oleks toita ja ravitseda, teisest küljest jälle tahab ta neid teadmisi igalpool Saksamaal ja mujal laiali laotada ja abiks olla lastekaitse organiseerimisel.

Asutus on kõige suurema komfordiga — viimane sõna teaduses ja tehnikas — sisse seatud.

Raskejalgeid emasid võetakse juba mõni aeg enne sünnitamist vastu. Nende jaoks on 15 kohta; teine niipalju kohti on sünnitajatele. — Pääosa majast on muidugi haigete rinnalaste ja väikeste laste jaoks määratud, kokku 100 voodit. Iga laps käib enne teatava aja valve-jaoskonnast läbi, et mitte külgehakkavaid haigusi majja tuua. Majal on oma suur Röntgeni kabinet, suured ja hästi varustatud laboratooriumid, biokeemiline, füsioloogiline ja patoloogo-anatoomiline ja suur raamatukogu. Edasi on majal suur, ilus piimaköök

ja eeskujulik piimalehmade laut 9 loomaga. Tählepanemist äratav rinnalaste muuseum, kuhu kõik kogutud ja kogutakse, mis nende toitmiseks, ravitsemiseks ja kasvatamiseks tarvis läheb. Muidugi on majas ka õdede-ravitsejate kool ja pannakse säääl tihti kursusi arstide jaoks toime.

Natuke edasi pääasutusest on organiseerimisamet, mis praktilisel alal töötab. Siit antakse juhatust suusõnal, kui ka lendlehtede, broshüüride ja raamatute abil, kuidas lastekaitset kuskil organiseerida tuleks. Selle asutuse juures töötab ka nõuandekoht emadele. — Maja direktoriks on prof. L. Langstein, organisatsiooniameti juhataja prof. F. Roßt. Berliini ülikooli lastekliiniku juures, kus 1911. ja 1913. a. töötasin, ma seekord ei peata.

Saksamaa kõige uuem ja paremini sisseseatud lastekliinik Strassburgis, mis alles 1910. a. valmis sai ja seekord 2.200.000 marka maksmaläks, langes ilmasõja järele Prantsusmaale. Kuid Saksamaa avas selle asemele kolm uut ülikooli ja sellega ühes ka kolm uut lastekliinikut: Hamburis, Frankfurtis Maini ääres ja Kölnis.

\*

Sõda on lastekliinikute pääle mõju avaldanud: on ärajäänud väljamaa teaduslik kirjandus, isegi saksakeelist ei suudeta sagedasti kõike tellida. Selle tõttu on ka uuemate kliinikute raamatukogud tihti kehvapoolsed. Siis on sõja otstarbeks kliinikutest vaskja nikkell asjad ära võetud. Kliinikute eelarved on kärbitud: nad peavad piskuga läbi ajama ja ise sissetuleku allikaid oskama leida, mille all muidugi teaduslik töö kannatab. Kuna enne sõda pea igas kliinikus ise laste toidusegud mitmesugustest ainetest valmistati, tarvitatakse nüüd pea igalpool ainult vabriku produkte, mis odavamad, kuid oma häduse ja värskuse poolest muidugi soovida jätavad. Üleüldse on siiski laste toitmise eest isegi kõige raskematel aegadel rahuloldavalt hoolt kantud. Nad saavad igalpool 5 korda päevas süüa ja piim tuuakse nendele esimestest allikatest.

Et praegu kliinikud raskeid aegu üle elavad, siis tehtakse teaduse alal töösid, mis mitte suurt kulu ei nõua. Ka on aeg erutav, poliitiline ärevus tikub väljaspoolt kliinikusse ja hoiab meeli enam vähem ärevil, mida enne sõda vaevalt tähele pandi. Kliinilistest assistentidest elab 1—2 enamasti ikka kliinikus. Toa üür ja toit arvatakse palgast maha. Toit on kolm korda päevas ja alamteenijatega ühesugune. Oma tööjõu peavad nad kõik kliinikule andma.

Meie mõttes õdesid lastekliinikutes ei ole. On õed-ravitsejad, kes haigete juures ise kõik töö ära teevad, kuna talitajaid ei olegi. Suuremate laste juures tuleb iga 5.—10. kohta üks õde, väiksemate juures tihti enam. Niisugused õed-ravitsejad õpetatakse koha pääl välja. Nende kursused kestavad harilikult üks aasta ja nad peavad vähemalt rahvakooli lõpetanud olema. Nende järele valvab ja korraldab nende tööd üleüldse, kelle kätte mõnel pool ka toimine on usaldatud.

Velskerid ja sanitaare ei ole lastekliinikus üleüldse olemas. Olgu veel tähendatud, et alamteenijate kohta igalpool 8 tunniline tööpäev maksmal on pandud ja nad kolme vahetusega töötavad.

Kliinikud on üldiselt hästi sisse seatud. Vanemad ja suuremad muidugi paremini, vähemad ja alles sõja ajal avatud kehvemini. Kõik, mis kliiniliseks arstimiseks ja diagnostitseerimiseks tarvis läheb, on olemas. Röntgeni kabinet, peaaegu igalpool kunstlik „Höhensonne“, pantostaatidest ja mikroskoopidest muidugi rääkimata. Pääle väikese kliinilise laboratooriumi on vanemate klii-

nikute juures harilikult ka teaduslik biokeemiline ehk bakterioloogiline lab. olemas. Katseloomadeks tarvitatakse ainult vähemaid (hiiri, rotte, meresigu, kodujäneseid), mis odavamad ja mille toitmine suuremaid kulusid ei nõua.

Tööd tehakse kliinikutes palju ja rühitakse sakslasele omase visaduse ja püsivusega edasi.

\*

Pikemat aega peatasin Breslaus, kelle ülikooli lastekliiniku juhatajat prof. Stolbet ma juba 10. a. eest Strassburis tundma õppinud, ja teadsin, et ta keemik on. Sellel alal tuli siis minulgi töötada.

Laboratooriumis töötamise jaoks tuli enne Preisi haridusministeeriumist luba nõutada, mis mõnenädalase ootamise järele tuli mõningate tingimistega. Üleselle tuli laboratooriumi kuludeks iga kuu 800 marka maksta. Pääle meetodi õppimist hakkasin kohe katseid tegema küsimuse üle, missugune mõju on kunstlikul Wildungi Helene allika veel diureesi päälle neerutervete ja neeruhaigete laste juures, eriti missugused mineraalolulused siin oma mõju avaldavad?

Katsealusele lapsele antakse 750 ccm. 0.4% kunstlikku Helene allika vett hommikul vara enne söömist sisse. Nelja tunni vältusel ja nimelt iga tund kogutakse uriini, mõõdetakse tema erikaal ja võetakse siis selles neljatunnises segauriinis eelpool nimetatud mineraaloluluste analüseerimine ette. Et seda vedelikust kätte saada, mis naha ja hingamise läbi kaotsi läheb, siis kaalutakse laps igakord enne ja pärast urineerimist. Seda kaotust nimetatakse ekstrarenaalseks.

Niisuguseid katseid tegin nelja lapsega, kellest üks neeruterve, kolm aga mitmesuguseid neeruhaigusi põdesid. Üldse tegin 16 katset. Sääli tuli korraga haigetest puudus ja ma olin sunnitud omi katseid pooleli jätma.....

Siis hakkasin teist tööd pääle: „hapete mõjust mineraaloluluste vahetuse pääle lapse organismis (soola-, vosvori- äädikahape jne.)“. Siin oli tarvis — ühe ja sellesama lapsega kaks katset ette võtta, esimene ilma happe sisseandmiseta ja teine umbes nädala järele teatavat hapet sisse andes, kusjuures laps kõik see aeg üht ja sedasama kindlaksmääratud toitu pidi saama. Katsete jaoks sain rinnalapse linna rinnalaste-kodust. Katse kestes sai toidust teatav osa, siis kõik uriini ja kõik väljaheited päevade järele korjatud ja kaalutud, toit ja faeces õhkuivaks tehtud ja pulbriks jahvatatud, nii et keemilise analüseerimisega pääle oleks võinud hakata.

Sääli jäi laps infektsioonilisesse haigusesse haigeks ja teise katse pääle ei olnud enam mõteldagi. Kui aga teist teha ei saa, siis ei ole ka mõtet esimest lõpule viia, päälegi hakkas ka mu aeg juba lõpule minema.

Pääle keemilise töötamise õppisin Breslaus ka mikrometode Ivar Bang'i järele tundma, missugune töötamisviis praegu Saksamaal, eriti Breslaus, õige elavat huvi äratav ja kiiresti laiali laguneb.

Selle meetodi järele võib olevaid aineid, nagu keedusoola, suhkrut, lämmastikku, rest-lämmastikku jne. kaunis ruttu kindlaks teha. Selleks ei ole rohkem kui kolm tilka verd tarvis.

Iseäranis pediaatrias töötab see meetod palju anda, kuna ju lastelt palju verd võtta ei või. Päälegi võib nii väikest vere hulka tarviduse järele kas või iga tund võtta ja nõndaviisi ühe ehk teise veres oleva aine kõikkuvust kindlaks teha.

Kliinikus tehti rottide ja meresigadega katseid vitamiinide küsimuse

selgitamiseks. Siin oli mul võimalik kunstlikku skorbuuti meresigade juures tähele panna, niisama ka mitmesuguseid haiguse vorme näha, mis vitamiinide puudumine rottide toidus nende juures esile kutsub ja mis enam närvihaiguste laadi kannavad.

Prof. A r o n, lastekliiniku keemilise laborat. juhataja on Saksamaal üks esimestest, kes niisuguseid töid hakkas tegema ja praegu ka edukalt sellel alal töötab.

Pääle laboratooriumi tööde kuulasin ettelugemisi ja võtsin haigete visiitidest osa, niihästi siin kui ka prof. Finkelsteini juures Berliinis.

Olgu siinkohal mu otsekohene tänu kõigile Saksamaa lastekliinikute, lastehaigemajade ja lastekodude juhatajatele üteldud, kes mulle lahkesti luba andsid oma asutusi tundma õppida, mind igapidi toetasid ja oma rikkalikku haigete materjaali näitasid, iseäranis Breslau ametvendadele, kelle lahkust ja juhatust ma kauemat aega tunda sain.

Niisama tänan oma ülikooli valitsust, kelle toetuse läbi see õperis võimalikuks sai.

#### Deutsches Referat.

A. Lüüs: Kinderkliniken u. Kinderschutz in Deutschland. — Nach kurzen einleitenden Bemerkungen über die Entwicklung der Paediatric in Deutschland u. über die Jahresversammlung deutscher Paediatern in Jena (12.—14. V. 1921) schildert Verf. die Kinderkliniken u. sonstige Institutionen für Kinderschutz in Jena, Leipzig, Breslau u. Berlin, (auch Giessen, Marburg u. Göttingen hat Verf. besucht) u. berichtet zum Schluss über die Einwirkungen des Weltkrieges auf dieselben, sowie über seine speziellen Studien in Breslau u. Berlin.

### Tartu Eesti Arstide Seltsi

teaduslikkude koosolekute protokollidest.

(Aus den Sitzungsberichten des Dorpater estnischen Ärztevereins.)

XX. koosolek 26. IV. 1922. a.

38) Dr. Karell: **Actinomycoosis'e juhus** haige demonstreerimisega (Ein Fall von Aktinomycoose). Jäi haigeks 1919. aastal, oli ravitsusel novembri kuus kirurgia kliinikus. Arstiti Röntgeniga, kal. jod. ja operatiivselt. Paranedes lahkus kliinikust, kuid ilmus sinna uuesti veebruaris 1922. Kuna esimesel korral oli haigus lokaliseerunud allpool paremat kõrva, lõual ja kaela pääl, oli ta seekord ilmunud rinnakondi kohal. Ravitsemine jällegi Röntgen ja kal. jod., mis tõi teatavat paranemist. Ref. arvates on siin metastaasiga tegemist.

Läbirääkimisel küsib Koppel, kas on haige rögas actinomycoosis'e druuse tähele pandud. Vastus eitav.

39) H. Perker: **Paget'i haiguse juhus** (Ein Fall von morbus Paget'i).

40) Dr. H. Jürgenson: **Balantidium coli juhus** (Ein Fall von Balantidium coli). Kõne ilmut eraldi.

Läbirääkimistel seletab Schlossmann: Balant. coli käib kliiniliselt dysenteria alla. Teda võiks uurimisel rohkem leida. Ta sureb väljaspool keha ruttu. — Koppel ei usu et balant. c. meil palju leidub. — Sepp arvab, et balant. c. ka ilma suuremate kliiniliste nähtusteta ette tuleb. — Valdes: 1890. a. tegi prof. Afanasjev bal. coli preparaadi, mis hästi alles hoidus. Tehnikat polnud võimalik selgeks teha.

XXI. koosolek 10. V. 1922. a.

41) Dr. med. S. Talvik: „**Kohtuarstline ekspertiis Eestis praegu maksvate määruste järele**“ (Die gerichtsarztliche Expertise in Eesti laut den gegenwärtigen Bestimmungen). Kõne ilmus „Eesti Arst'is“ № 5/6, lhk. 289.

Läbirääkimistel vahetati mõtteid üleüldiselt. Otsustati neid jätkata üksikasjalisemalt lähemal koosolekul, kuhu ka juristide esitajad tulevad kutsuda.

XXII. koosolek 20. V. 1922. a.

42) Dr. med. H. Liin: **Kodujäneste tuberkuloos**, patol. anatoom. preparaate demonstreerimisega (Kaninchentuberkulose, mit Demonstrationen).

Läbirääkimised Dr. med. S. Talviku kõne üle (v. eespool): Konik: Arsti ülesannet forensiliste küsimuste lahendamisel ei saa hästi võrrelda lootsi omaga laeval, siis oleks vastutus liiga suur, millega arst ennast mitte ei peaks koormama. — Schlossmann: Peaks kindlama definitsiooni andma „kohtu-arsti“ ja „eksperti“ mõistele kohtusaalis. Kas tuleb kohtu-arsti näit. keemikeri, grafoloog või käsitöölisest asjatundjaga seadi ühele astmele? — Madisson: Arsti nii mõnigi kord ei kutsuta vaatlustele kuriteo või õnnetu juhtumise kohale, mille tõttu eeluurimine puudulik, kuna seda toimetavad kohtuarstlistes küsimustes täitsa vähikud kohtuuriija ja kriminaal-politsei. Nii tehtakse vigu, mida harilikult ei enam saa parandada: hääbuvad, rikutakse sündmusekohal verepiisad, näpumpiljed, jalajäljed jne. Ei ole meil veel soovitatavat alalist kontakti kohtuvõimude ja arstide vahel. — Kohtu-uuriija Tatter: Kohtu-uuriija peab 1) sündmust kirjeldama; 2) tegurid selgitama, mis sündmuse ellu on kutsunud. Arst vastab ainult ettepanud küsimisele, mis uurijat huvitab. Ta ei või mitte viibida kohtusaalis tunnistajate ülekuulamise ajal, et mitte mõjude alla langeda. — Koppel: Arst peab seletama, mitte uurima. Lukk: Arst ei vasta ainult ettepanud küsimiste pääle, vaid ta peab ka, seaduse järele, uuriija tähelepanu pöörama asjaolude pääle, mis viimasele jäänud kahesilma vahele. Valdes: Oli aeg, kus arsti ei informeeritud eeluurimisel saadud andmetega, kartes nii tema arvamise pääle mõjuda, nüüd tehakse seda. Niisamuti peab arst ka kohtusaalis viibima tunnistajate ülekuulamisel. — Talvik: Kartused, mida hr. Tatter avaldab, on kõrvaldatud nii eelmainit Senati seletusega 1896. a., kui ka praeguses kohtu-praktikas: vähemalt ei ole minule, kui eksperdile, mitte kunagi keelatud tunnistajate ülekuulamisel kohtusaalis viibida. Soovitav aga, et see ka seadusandliselt fikseeritaks. Hr. Tatteri kava kõlab ju üsna kenasti — sõnades. Tegelikult aga on need juhtumised, kus kohtuarstile uuriija poolt kindlasti formuleerit küsimised ette pannakse, üsna erandilised. Tihtipäele on eeluurimise andmed sedavõrd puudulikud, et alles arstline vaatlus liniku võtab sündmuse päält, igal juhtumisel aga selgrooks on uurimisandmete. — Vaata-

mata kurikuulsa § 315 pääle suudab kohtuarst ka praegustegi seaduste põhjal, mida ainult paremini tundma peab, omi õigusi „mitte kui lihtne ekspert-tehnik, vaid kui üks õigusemõistmise faktoritest“ mõjuvalt kaitsta, ja tal on kohuseks seda teha, kõrgel hoides oma seisuse prestiishi. Seletada ei saa midagi ilma eelkäiva uurimiseta ja siin on ülesanded tihtipäale keerulised ja vastutus suur. Mitte asjata ei iseloomustanud Virchov kohtulikku arstiteadust kui üht „Wissenschaft des Scharfsinns“.

XXIII. koosolek 20. IX. 1922. a.

43) Prof. Dr. J. Miländer demonstreerib rea patoloogilisi preparaate uteruse raskejalgsuse üle.

44) Prof. Dr. A. Paldrock: „Leepra ravitsemisest söehappe lumega“, ühes haige demonstreerimisega (Die Behandlung der Lepra mit Kohlensäure-Schnee). V. „Eesti Arst“ № 11, lk. 507.

Läbirääkimised — Diskussion: Schlossmann peatab kahe küsimuse juures käesoleval juhtumisel: 1) kas on haige paranend, 2) kas on käesoleva juhusega seotud probleemid rahuloldavalt lahendatud? — Haige on tõesti veidi paranend, kuid seda võib ka iseenesest, ilma ravitsemata, ette tulla. Siin on nüüd muhud vähenend, aga kuidas on lugu teiste sümptoomidega? Ninast batsillide kadumine ei tõenda midagi, sest seda tuleb ikka ette muhkude kadumisel. Wasserm. reaktsioon pole arstimise kestes mitte muutunud, jäädes positiivseks. Toksiinid ja antitoksiinid leepra juures on alles probleem, samuti, kas on leeprabatsilli kapsel munavalgest? Külmetamine ei pruugi kapsli sulamist mitte edendada. Mikroobides leiduvad terakesed ravitsetud leepra juures võivad oleneda värvimisest. Mikroobide morfoloogia pääle ainult omi väiteid põhjendada, see viiks meid bakterioloogias aastakümneid tagasi! Peaks rohkem uuema literatuuriga kursis olema. — Koppel: Haige on paranend, kuid mitte terveks saanud. Seda sünnib aga tihti leepra tuberosa juures mitmesuguste vahendite mõjul. — Paldrock: Ma ei ütle, et haige on terveks saanud, vaid ainult, et asi lootusi annab. W-R on positiiv, sest/et külmetamise läbi espidid verde võisid sattuda. — Konik: Soovitavad on uued katsed.

XXIV. koosolek 11. X. 1922. a.

Dr. Fr. R. Kreutzvaldi 40-a. surmapäeva ja Põhja-Balti arstide-seltsi 10-a. asutamispäeva mälestamiseks.

45) Prof. Dr. H. Koppel: **Kaks mälestuspäeva** (Zwei Gedenktage). Kõne ilmub edaspidi.

46) Dr. med. A. Lüüs: **Põhja-Balti arstide selts 1912—1918—1922** (Der Nord-Baltische Ärzteverein 1912—1918—1922). V. „Eesti Arst“ № 10, lk. 475 ja „Tervis“ № 20/21 ja 22. 1922.

47) Dr. med. J. Blumberg: „**Persönliche Erinnerungen an Dr. Fr. R. Kreutzvald**“ (Ilmub edaspidi).

48) Prof. Dr. A. Paldrock: „**Uns leepra ravitsemismetood**“ (Eine neue Methode zur Behandlung der Lepra). Vaata espool.

XXV. koosolek 25. X. 1922. a.

49) Prof. Dr. K. Schlossmann: „**Spirochaetosis icterohaemorrhagica**“.

50) Prof. Dr. L. Puusep: **Sclerosis multiplex'i juhus** (Ein Fall von Sclerosis multiplex). Haigel olid spastilised nähtused, nüstagmus jne. Arstiti collargoliga. Nüüd käib võrdlemisi korralikult. Nüstagmus kadus.

51) Drd. med. J. Vilms: „**Doktorandide eksamid meil ja väljamaal**“ (Doktorandenprüfungen bei uns und im Auslande).

Tartu ülikooli arstiteaduskonnas on doktorandi eksamid jagatud kahte gruppi — praktilised ja teoreetilised. Edasi jagunevad mõlemas grupis eksamid erialade järele, kuna nende ees on „üldised teoreetilised eksamid kõigile erialadele“, nii kui anatoomia, füsioloogia, patoloogiline anatoomia, millel täielises ulatuses aga vaevalt suuremat tähtsust võiks olla näit. günekoloogile, silmaarstile. Üleselle kannatavad meie eksamid liig suure teoreetlikkuse all, mis vaimuta tuupimist edendab. Selle edendamist on näha ka püüdest eksamite aega võimalikult piirata. — Vististi oleks otstarvekohasem mitte eksamite suur arv, vaid spetsiaalalaga piiratud teoreetiline ja praktiline põhjalik teadmine.

Doctor medicinae saamise korda väljamaal (Saksamaa, Schweits, Austria j. t.) vaadeldes paistab, et sääl eksami sooritamine mitte aukraadi ei tähenda, vaid tee avamist teaduslistele töödele kui ka akadeemilisele õpi-toolile. Siis on asi piiratud enam spetsialiteedi mõistega (Londoni ülikool j. t.).

Meilgi peab noor Eesti arstiteadlane tingimata teadusliselt spetsialiseeruma; ainult sel teel on võimalik ruttu koguda teadmisi, süveneda asjasse ja luua uut.

Sellelt seisukohalt vaadates ei ole meie doktoreerimise kord mitte küllalt põhjendud. See tuleks uuesti läbi vaadata järgmiste põhimõtete järele: 1) spetsialiseerumise mõte tuleb järjekindlalt läbi viia; 2) eksamid olgu enam praktilised; 3) neid peab tehniliselt kergendatama (tähtajad jne.).

Seda võib teostada kolmel teel: 1) Doktorandi eksamid kaovad (jääb väitekiri); 2) doktorandi eksamid jäävad, kuid piiratakse 3—5 spetsiaalainega, mis oleks osalt teoreetilised, osalt praktilised; 3) meie doktorandi eksamite kavad ja kord jäävad, kuid nõudmised mitte-spetsiaalainetes piiratakse minimumini (näit. silmaarstile anatoomias).

Oleksin isiklikult teise mooduse poolt.

Läbirääkimised — Diskussion: Puusep: Meie doktorandi med. eksamid sooritakse teadusliku aukraadi omandamiseks, väljamaal aga praktilistes suhetes. Eksamid olgu meil nagu nad olid Vene ajal — hästi valjud ja täielikud —, ehk ärgu olgu neid sugugi. — Vilms: Võrdlus väljamaaga eksami sihtide poolest on võimalik, näit. Inglise ülikoolidega. — Tähtsad on tõsised teadmised erialadel, mitte aga ruttu ununev tuupimine, nagu Vene ajal.

XXVI. koosolek 8. XI. 1922. a.

52) Prof. Dr. A. Paldrock demonstreerib kahte tema poolt diagnosti-tseeritud **pityriasis rubra** ja üht **psoriasis vulgarise** juhtumist.

„Pityriasis rubra Hebrae“ on nii haruldane, et tema demonstreerimist ikka tähelepanemise vääriliseks juhtumiseks tuleb lugeda. Arvesse võttes, et senini üldse umbes 30 juhtumist on tuttavaks saanud, peame tänast õhtut väga õnnelikuks lugema, kuna meil korraga kaks haiget näidata. — Seni pole tervekssaamist sellest haigusest olnud, pääle ühe juhtumise Kaposi praktikast

ja ühe minu omast, millest ma 1908. a. olen teatanud. Paranemine saavutati carbolhappe sissevõtmise abil. Praeguste haigete juures on hakatud carbolhappe 5% lahku naha alla pritsima, mille tagajärge edaspidi ehk saame näha.“

Läbirääkimised — Diskussion: Masing küsib, mis vahe on käesoleval juhtumisel ekzema ja pityriasise vahel? — Paldrock: Pityriasisel on kaks staadiumi ja kestamine, sünnib sclerodermia ning pind võib leemeta. — Koppel: Carbolhappega arstimist, nagu refereeritud juhtumisel, olen ma ka lepra tuberosa juures enne söda katsunud. Haiged kannatasid hästi isegi maximaalseid doose. Muhud vähenesid, nahk muutus elastilisemaks, rhagadid pehmemaks jne. Kuid muutused ei edenend ja ma pidin ravitsemisest sel teel loobuma.

53) Dr. Arrak: „Vererõhumise kõikumised nefriitide juures“ (Über Blutdruckschwankungen bei Nephritiden). Kõne ilmub saksa-keelses eri-ajakirjas.

Läbirääkimised — Diskussion: Liin: Kas kõrge vererõhumine iseenesest tarvitseb olla patoloogiline? Skleroosise tagajärjel on kõrge vererõhumine, kuid see ei olla patoloogiline. — Arrak: Kõrge vererõhumine on ikka patoloogiline. — Lepp: Kas on lämmastik-ainete retentsiooni puhul vererõhumise muutusi leitud? — Sõber: Lämmastiku ained ses suhtes ei mõju, mida tõendavad cal. renalis'e kinnisidumise katsed, ilma vastava tagajärjeta.

54) Dr. Sõöt: „Röntgeni-kiirtega arstimisest“ (Über Röntgentherapie). Kõne ilmub edaspidi.

Läbirääkimised — Diskussion: Saareste: Referent ütles, et Fürstenau intensimeeter nüüd röntgentherapias tarvitusest kõrvaldatud. See ütetus paistab liig julge olevat. Intensimeeter ei saa küll mitte võistelda Jontoquantimeetriga täpsuse suhtes, kuid praktilist röntgenoloogi rahuldab ta küll, ka on ta odav ja lihtne; Berliinis viibimisel nägin teda mitmes soliid asutuses olevat tarvitusel.

XXVII. koosolek 22. XI. 1922. a.

55) Dr. med. S. Talvik: „Kohtulikust arstiteadusest Saksamaa ja Austria ülikoolides“ (Über die gerichtliche Medizin in deutschen und österreichischen Universitäten). Kõne ilmub edaspidi.

56) Dr. med. J. Vilms: Aorta alguse primäär sarkoom rebendi tagajärjega (Primärsarkom in der aufsteigenden Aorta, mit Berstung). Ilmub vahest edaspidi. Vilms.

## Sõjaväe arstide X. teadusliku koosoleku protokoll.

7. V. 1922. a.

(Protokoll der X. wissenschaftlichen Sitzung estnischer Militärärzte am 7. V. 1922.)

Koosoleku avab sõjaväe tervishoiu valitsuse ülem Dr. Lossmann, seletades neid põhjusi, miks seekord pikem vaheaeg teaduslikkude koosolekute pidamiseks on tekkinud, ja avaldes soovi, et sõjaväe arstid ikka edasi, nagu varemki, teaduslikult töötaks, ja seega uusi koosolekuid võimaldaks.

Juhatajateks valitakse Lossmann ja Paldrock. Kirjatoimetajateks Liin ja Dunkel. Asutakse päevakorrale.

1) Dr. med. H. Liin: „Tiisikuse küsimus praegusel ajal“ (Die Tuberkulosefrage in der Gegenwart). Ilmub lähemal ajal „Tervis'es“. Vaelused. Diskussion:

Zoega: Ei ole isoleerimine iseenesest barbaarne (näit. leepra), kuid ta on võimata tbc juures. Eestis on tiisikus väga laiali lagunenud, iseäranis rannaäärsetes kohtades. Võitluses tiisikuse vastu seab üles kaks põhimõtet: 1) Tiisikushaige tööjõud võimalikult alles hoida. 2) Vesikud kohad, kus tiisikus väga laiali lagunenud, puhastada. Sanatooriumide otstarbekohasuse kohta, eriti tööstusmaades, ei ole kahelda (näit. Saksamaal, kuni 60% tervenemist). Kas need aga ka meil Eestis, kus loodus, mets igäihele kergemini kättesaadavad on hoopis teine küsimus. Meil oleks sanatooriumil rohkem kontsentreerimise mõttes tähendust, kui kõige humaansem isoleerimise abinõu. — Piima tarvitamise kohta arvab, et kitse piim lehma omast seepärast paremaks tuleb pidada, et viimane tiisikuse pisilasi sisaldada võib.

Liin: Sanatoorium võib saada tilgaks, mis kaalu tervenemise poole litsub.

Lossmann: Sanatooriumide tähendus seisab peaasjalikult selles, et need haigeid õpetavad õiget tervislist reshiimi pidama, mis tähtis ka profülaktiliselt.

Zoega: Kindlasti on sanatooriumid ka profülaktilises mõttes suurt osa mänginud; Falkenberg: sanatoorium oli esimene asutus, kus õpetati ja läbi viidi süljekaasi tarvitamine.

2) Dr. Lepasson: „Tiisikus tänava aastal teenistusse võetud noorsõdurite hulgas Tallinna sõjaväe haigemaja andmetel“ (Die Tuberkulose unter den diesjährigen Diensteingestellten, nach den Angaben des Revaler Militär Lazarets).

Liin: Kõiki näärmetiisikuse haigeid peab täitsa vabastama § 60, Lit. A põhjal; ei ole ka soovitav neid riivitu teenistusse jätta, mis protsessi pääle halvasti mõjuda võib, nagu seda Dr. Saaberg'i statistilised andmed näitavad.

Lossmann: Minu arvates ei ole veel õiget joont tabatud rahvaväe komisjonides rahvaväelaste läbivaatamises. Kuna sõja ajal komisjonide läbi mõnes maakonnas kuni 35% haiguse pärast vabastati (arv, mis kahtlemata liig kõrgeks pidada ei saa), oli vabastatute arv viimasel nekrutite võtmisel ainult 3%—8%, mis jälle liig väikeseks protsendiks lugeda tuleb. — Tarvilik on, et rahvaväe komisjonides arstid nekrutisi põhjalikumalt läbi vaataks, iseäranis tiisikuse suhtes, ja needki, kes iseennast täitsa terveks tunnistavad teiselt poolt, peaks ka väeosa arstid nekrutide ilmumisel viimaseid hoolsasti läbi vaatama, resp. kahtlasi juhtumisi haigemajadesse järelkatsumisele saatma. See vähendaks meie riiklisi kulusid invaliidide ülevõlpidamise suhtes ja hoiaks ära tiisikuse laialilagunemist sõdurite seas.

Liin: Ref. poolt ettetoodud arv, 32 tiisikushaiget sõdurit, paistab olevat väikene, kuid kui arvesse võttes, et need haiguse pärast teenistusest täitsa vabastatud, kuna suurem hulk kahtlase kopsuhaigusega noorsõdurid on haiguspuhkusele lastud, ei ole see arv mitte suurema tähenduseta: oleks ka kõik kahtlased haigemajja sattunud, siis oleks üldarv ehk kolmekordne. Puhkusele

lastud haiged annavad osalt lootust paranemiseks. Üldiselt on tiisikust ikkagi palju noorsõdurite hulgas, millisele nähtusele tuleks tõsisit tähelepanu kinkida. Paljudel teeb väeteenistus latentse protsessi kopsudes aktiivseks, iseäranis teenistuse algul, kus organismile äkki, seni võõraid, tihti ülemääraseid nõudmisi esitatakse. Eriti sõjaväelised spordiharjutused kutsuvad, autotuberkuliniatsiooni mõjul, palaviku esile ja nii mõjuvad aktiveerivalt tiisikuse pääle.

Lepp: Rivitu teenistusse nimetakse harilikult nõrgemad mehed, kellel aga rasked tööd teha tuleb, mille tõttu just sääl võrdlemisi palju kopsu tippude katarrhe leidub. Raske töö tõttu peaks rivitu teenistusse määratama just tugevamaid mehi.

3) Prof. Zoëge v. Manteuffel: „Periostitis costarum typhosa“. (Ilmub vahest edaspidi.)

Lepp: Korduva sõjatõbe epideemia ajal Feodoosias oli hulk juhtumisi, kus typhus recurrensiga kaasa käisid rasked perichondritis ja periostitis. Kuuel niisugusel, surmaga lõppenud juhtumisel leiti sektsioonil, et mõlematest glandulae suprarenales ainult kapsel oli järgi jäänud. See tekitas arvamist, et meil siin vast sisemise sekretsiooni rikkega tegemist on.

Zoëge: Viimast ei saa minult ettetoodud juhtumistel küll vist mitte luunaha põletiku põhjuseks pidada, sest et seda komplikatsiooni typhuse juures ka ilma mainitud näärme haigeksjäämiseta ette tuleb. — Mis puutub karbolihappe naha alla pritsimisse, siis on sellel kahtlemata kohalik mõju periostitis'e pääle. Ka pytisiasis'e juures olen hea eduga karbolhapet sisse pritsinud.

Paldrock: Pytisiasis rubra olen ühel juhtumisel 5% karbolhapega väljaarstinud, samuti ühe juhtumise pemphigus prurigonosus ja üks raske lichen'i juhtumine. 5% karbolhapet võib pritsida iga päev. Arvan, et sellel nii hästi kohalik, kui ka üldmõju on. Viimast järeldan sellest, et arstimise tagajärjel pemphigus'e juures verest eosinophilid kadusid.

Lindenberga: Olen 3% karbolhabet antrax'i juures hääde tagajärgedega naha alla pritsinud; ja nimelt, 3—4 päeva jooksul 3 korda päevas 3—4 grammi. Seda tegin 13 juhtumisel. Neerud ei saanud seeläbi mitte tuntavalt äritatud.

4) Dr. Stamm: „Kavatsetava diviisi sidumise salga uus organisatsioon“ (Die Neuorganisation der geplanten Divisions-Sanitätskolonne).

Lepp kaitseb seisukohta, et haigete transport ühendataks sidumissalgaga.

Stamm vaidleb sellele vastu, tähendades, et transporti palju otstarbekohasem oles koondada diviisi staabi juures, kus diviisi keskkohat ja kuhu kõik teated väerinnalt koguvad.

5) Dr. Bartels: Kavatsetava diviisi taudide vastu võitleva lensalgas uus organisatsioon, selle ülesanded ja tegevus“ (Die Neuorganisation der geplanten Divisionskolonne zur Bekämpfung der Epidemien).

Vaiealustest võtavad osa Zoëge, Krause, Lepp ja Stamm.

Hilise aja tõttu lõpetatakse koosolek, jättes W. Olehin'i kõne järgmiseks teaduslikuks koosolekuks.

Dunkel.

## Referaadid. Kirjandus. Väitekirj. <sup>1)</sup>

### Patoloogiline anatoomia.

Albert Valdes\*: Tartu ülikooli patoloogia-instituudi prosektor: **Glükogeeni hulka vähendavate tegurite mõju üle südame spetsiifilise lihassüsteemi glükogeeni pääle.** Eksperimentaalne töö, 10 joonisega 2 tabelil. Tartu ülikooli arstiteaduskonnale esitatud ja 6. mail 1922 avalikult kaitstud väitekirj (4) arstiteaduse doktori astme omandamiseks. (Über die Wirk-samkeit glykogenvermindernder Faktoren auf den Glykogengehalt des spezifischen Muskelsystems des Herzens). Inaug.-Dissertation 6. V. 1922: Acta et Commentationes Universitatis Dorpatensis. A. IV. 1922.

Südame eeskodade ja kambrite lihastik on ühendatud üksteisega His'i kimbu ehk atrioventrikulaarkimbu abil. Südame kambrite vaheseinas lihastikus leiduvad Purkinje kiud või nende tüüpi kiud on atrioventrikulaarkimbu osad. Atrioventrikulaarkimp ühes Purkinje kiududega moodustab atrioventrikulaarsüsteemi. Viimase abil reguleerub kambrite liikumine eeskodade rütmis, — atrioventrikulaarkimbu kaudu juhitakse seks otstarbeks äritus eeskodadest kambritesse, sellepärast kannab see süsteem veel nime — äritusjuhtesüsteem. Eeskodade rütm korraldub Keith ja Flack'i leitud siinussõlme abil, mis asetseb südame parema kõrva ja vena cava superior'i vahel. Siinussõlme ühes atrioventrikulaar-süsteemiga nimetatakse südame spetsiifiliseks lihassüsteemiks. — Selle viimase kiud sisaldavad glükogeeni. Iseäranis rikkad glükogeeni poolest on atrioventrikulaarsüsteemi lõpuharude kiud (Purkinje kiud). Mõnede autorite (Mönckeberg, Berlinger) tõenduse järele on inimese südame atrioventrikulaarsüsteemi glükogeeni hulk rippuv toitumusest. Kuid mitte kõikide kaheksiliste ja üldatroofiliste seisukordade puhul ei kao glükogeen atrioventrikulaarsüsteemi kiududest. Seda küsimust, niisamuti ka teiste glükogeenihulke vähendavate tegurite mõju südame spetsiifilise lihassüsteemi glükogeeni pääle pole veel eksperimentaalselt küllalt lahendatud.

Autor on seadnud oma otsekoheseks ülesandeks selgitada katsete abil loomadega nälgimise, ülisoojuse, külmetamise ja adrenaliini mõju südame atrioventrikulaarsüsteemi glükogeeni pääle, ja siis veel tähele panna kui kiirelt kaob glükogeen säält pääle surma. Autor on silmas pidanud ka glükogeeni seisukorda Keith-Flack'i siinussõlmes, kui see on juhtunud mikroskoobiliste preparaate pääle. Spetsiifilise lihassüsteemi glükogeeni kõrval on paralleelselt võrdluseks uuritud veel südame hariliku lihastiku, maksa, võõtlihaste ja osalt ka bronhide ja südame trigonum'is oleva kõhrerakkude glükogeeni.

Katseloomadeks on kodujänesed, meresead ja kassid olnud. Uurimismaterjal on absoluutses alkoholis fikseeritud ja tselloidiini sisendatud. Südamest on lõiked valmistatud seeriates viisi, millest järk-järgult üks lõige ammonium-kaalium-karmiiniga Best'i järele ja teine — hematoksiitliini ja pikrofuksiiniga v. Gieson'i järele värvitud.

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

Katsete rühmad: a) Katsed nälgimisega (alarühmad: aa) katsed nälgimisega alatoitluse korral ja bb (katsed nälgimisega ilma toiduta), b) katsed ülisoojusega (alarühmad: aa), katsed ülisoojusega hariliku toitmise korral ja bb (katsed ülisoojusega nälgimise korral), c) katsed külmetamisega (alarühmad: aa) katsed külmetamisega hariliku toitmise korral ja bb (katsed külmetamisega nälgimise korral), d) katsed adrenaliiniga (alarühmad: aa), katsed adrenaliiniga hariliku toitmise korral ja bb (katsed adrenaliiniga nälgimise korral) ja c) katsed surnult seismisega. Katseid on tehtud 48 loomaga. Pääle selle on uuritud veel mõni normaalne loom.

Autor on leidnud, et nälgimise tagajärjel võib glükogeeni hulk südame spetsiifilises lihassüsteemis kahaneda, kuid säält mitte täiesti kaduda. Väga vähe ehk peaaegu mitte sugugi ei vähene glükogeeni hulk atrioventrikulaarsüsteemi lõpuharude Purkinje kiudude tüüpi kiududes. Nälgimise tagajärjel ei kao glükogeeni ka südame hariliku lihastiku osadest mitte täiesti, — nälgia surnud loomade südame, kõrvade ja eeskodade lihastikus leidub glükogeeni varustatud kiudusid.

Et nälgimise ajal, ka kuni surmani, ei kao glükogeeni täiesti südame spetsiifilisest lihassüsteemist ja harilikust lihastikust, vastandina maksale ja vöötlihastele, on võimalik seletada vist küll selle asjaoluga, et nälgimise ajal kaotab süda ja kesknärvisüsteem kui elu alalhoidmiseks kõige tähtsamad elundid väga vähesel määral, või peaaegu mitte sugugi, oma raskusest. Peistab nii olevat, et glükogeeni tagavarad lihastetöö jõuallikana ka nälgimise ajal täienevad südames ja vist teiste elundite arvel.

Ülisoojuse mõjul võib glükogeeni hulk atrioventrikulaarsüsteemi lõpuharude kiududes väheneda või täiesti kaduda. Teiste autorite sellekohaseid juhuiseid analüüeerides võib tähele panna, et juhtumistel, kus haigetel kõrge palavik olnud, pole pääle surma nende südame spetsiifilises lihassüsteemis glükogeeni leitud.

Külmetamine ja adrenaliin iseäralist tuntavat mõju südame glükogeeni pääle ei avalda.

Pääle surma kaob glükogeeni südamest kiiremini, kui teistest elunditest. Juba esimeste tundide jooksul võib glükogeeni südame harilikust lihastikust ja osalt ka spetsiifilisest lihassüsteemist täiesti kaduda. Kõige kauem püsib glükogeeni atrioventrikulaarsüsteemi lõpuharudes. Et glükogeeni nii kiiresti kaob südamest, on suureks raskuseks inimese südame glükogeeni uurimisel. Sellepärast on ka inimese südame glükogeeni uurimise tagajärjed väga kõiguvad.

Autor on veel tähele pannud, et normaalsetes südames leidub rohkesti glükogeeni varustatud lihaskiudusid, mitte ainult eeskodades ja kõrvades, mida juba teised autorid tähendanud, vaid ka kambrite tipuoolses osas, trabeekulites ja näsalihasest.

Ka kõhrerakkudest ei kao glükogeeni nälgimise tagajärjel, ja siin püsib see pääle surma kauemini, kui südame lihastikus. Glükogeeni püsivust nälgimisel kõhrerakkudes peab aga hoopis teisiti hindama, kui südames: kõhrerakud on passiivsed, südame lihaskud aga vahetpidamata aktiivsed.

Glükogeeni kui üks süsivesikutest on südame lihastele tagavara-jõuallikaks. Südame süsivesikute puudusele on kliinilisest seisukohast suurt tähtsust andma hakatud. Tingimata mõned haigused võivad südame pääle glükogeeni

e-enihulka vähendavalt mõjuda, kuid mitte otsekoheste mõju läbi üldise toitumuse pääle, vaid teistel teedel.

Südame glükogeeni küsimuse selgitamine nõuab veel laialdast ja mitmekülget eksperimentaalset uurimist.

#### Juhtlauseid.

1. Südame spetsiifilise lihassüsteemi osad, siinussõlm ja atrioventrikulaarsüsteem, on kui funktsionaalselt kõrgelt differentseerunud elundid teise elundi, südame, sees.

2. Glükogeeni füsioloogias peab glükogeeni hulga kõikumuse suhtes kindlasti lahutama nende elundite glükogeeni, kus see tagavarana lade tub, teiste elundite glükogeenist, kus viimane elundi enese otsekohesteks tarvituseks on.

3. Nälgimise korral, ka kuni surmani, ei kao glükogeen mitte kõikidest elunditest ja kudetest.

4. Valgeveresus on verdloovate elundite neoplasmalise protsessi avaldus.

5. Hüpernefroomi rakud võivad polümorfismis vahel sedavõrd alg tüübist kõrvale kalduda, et nende kuuluvust on võimatu ära tunda.

6. Patoloogilise bioloogia õpetamisel ja õppimisel on ka esteetilised ülesanded.

#### Diskussioon:

III. ametlik opponent, dotsent S. Talvik pöörab tähelepanu töö tähtsuse pääle, kus autor on resultaate saavutanud, mille kahtlemata teaduslik väärtus. Tähendab päälkirja kohta, et see mitte täitsa ei vasta teose sisule: väitekirjas käsitatakse põhjalikumalt mitte ainult südame spetsiifilise lihassüsteemi, vaid ka südame hariliku lihastiku glükogeeni küsimust, teisest küljest on aga pääle tegurite, mille mõju promovent eksperimentaalselt selgitanud, veel teisi glükogeeni hulka vähendavaid tegurisi olemas, sellepärast oleks õigem päälkirjaks „Mõningate glükogeeni hulka vähendavate tegurite mõju südame glükogeeni pääle“. Küsib, kuidas seda seletada, et Meixner on leidnud suurt glükogeeni kadumist maksas pääle surma, kuna promovendil selle vähenemist maksas surnult seismise puhul pole võimalik olnud tähele panna? Tehes paar redaktsioonilaadilist märkust ja peatades viimase juhtlause juures, soovib lõpuks promovendile õnne tema edaspidisekski, loodetavasti rikkalikuks, teaduslikeks tööks kui ka tema eesolevaks akadeemiliseks õpetegevuseks.

Promovent: Väitekirja päälkiri oleks võinud küll täpsem olla, kuid päälkirja raskepärasuse pärast on see nii jäänud, kuna päälegi töö otsekohesteks ülesandeks on olnud spetsiifilise lihassüsteemi glükogeeni seisukorra selgitamine. Promovent on glükogeeni rohkuse üle maksas histoloogilise vaatlemise abil otsustanud, kuna Meixner on seda keemilisel teel, kvantitatiivselt, teinud. Sellepärast on muidugi võimalik, et ka promovendi juhustes surnu seismisega on glükogeeni hulk vähenenud, kuid mille suurust aga pole võimalik histoloogilisel vaatlusel otsustada. „Esteetilised ülesanded“ pole mitte ainult surnukehade setseerimisel, vaid ka patoloogiliste protsesside uurimisel, kus vaatlemise objektiks on elukandjad-rakud.

II. opponent, prof. Lipschütz rõhutab eksperimentaalse töö tähtsust patoloogias, — ainult eksperimentide abil võib keeruliste patologi-

liste protsesside üle selgust saada. Sellepärast on ka promovendi tööül väärtust. Küsib, mispärast on väitekirjas vahet tehtud „süsteemi kiudude“ ja „Purkinje kiudude“ vahel, need olla üks ja seesama. Tähendab väitekirjas avaldatud mõtte kohta „glükogeeni sisaldavad rohkem need südame osad, mis vähem tegevad on,“ et tema, opponendi, arvates töötavad kõik südamelihase üksused ühesuguse jõuga. Soovitab küsimuse lahendamiseks veel katseid organismist eraldatud südametega sooritada. Mõõdamines puudutab ka viimast juhtlauset.

Promovent: Purkinje kiud eralduvad väga tuntavalt oma struktuuri ja glükogeeni sisalduse suhtes teistest atrioventrikulaarsüsteemi kiududest, sellepärast peab nende vahel tingimata kindlat vahet tegema. On olemas kirjandusiisi andmeid, mis näitavad, et südame lihastiku üksikud osad mitte ühesuguse intensiivsusega südame kontraktsioonidest osa ei võta. Südame spetsiifilise lihassüsteemi glükogeeni selgitamiseks on tingimata vaja organismist eraldatud südametega katseid toimetada, kuid see kujuneks juba uueks iseseisvaks tööks.

I. opponent, prof. Ucke peatab ainult üldiselt mõne väitekirja punkti juures.

### Curriculum vitae.

Albert Valdes sündis 2. XII. (19. XI.) 1884. Järvakandi mõisas, Harjumaal, kus tema isa tol ajal mõisatisleriks oli. Alghariduse sai vallakoolis ja Tallinna 4-klassilises linnakoolis; 1904—1906 algkooliõpetaja Nõmme alevikus Tallinna lähedal. Keskhari- duse omandas erateel õppides ja Treffneri gümnaasiumis Tartus, mille 1908 kevadel lõpetas. Sama aasta sügisel astus Tartu ülikooli loodusteaduskonda, järgmisel aasta läks arstiteaduskonda, mille 1914. kevadel lõpetas. 1911. a. septembrist hakkab ülikooli patoloogia-instituudis töötama, esiteks praktikandina, kus eksperimentaalse võistlustöö „Salvarsaani mõju looma organismi pääle“ e-st ülikooli poolt kuldauraha omandas (1912). 1912. a. septembril sai patoloogia-instituudi noorema assistendi kohustetäitjaks. Ülikooli lõpetades kutsuti arstina Vene sõjaväkke, kus teenis 1914—1917. Arsti kraadi omas 1916. a. 19. 7. aastast on töötanud määralise pr sektoriabina esiteks Jurjevi, hiljem Worooneshi ülikoolis. 1920. aasta novembrist Tartu ülikooli patoloogia-instituudi prosek- tori k. t. 1921. aasta I. semestris sooritas arstiteaduse doktorandi eksamid patoloogilise anatoomia alal.

#### Teaduslikud tööd:

1. Случай инфантилизма и исполинского роста (общаго ожирѣнія). Труды и протоколы засѣд. Медицинск. Общ. имени Н. И. Пирогова при И. Юрьевск. Университетѣ. IV годъ. 1918.
2. Измѣненія въ тканяхъ животнаго организма при вприскиваніи салварсана. Võistlustööna Jurjevi ülikooli poolt 1912. a. kuldaurahaga kroonitud.
3. Случай эндотелиомы брюшины и плейры. Русскій врачъ № 12. 1914.
4. Ps-ndohermaphroditismus masculinus interuus'e juhus. Venekeelses käsi- kirjas. (Ilmub „Eesti Arstis“).
5. Haruldane hüdronefroosi juhus neeruvaagna ja ueerukarikate eraldi laiene- misega neerude kaasasündinud anomaaliate juures. „Eesti Arst“ № 1, 1922.
6. Glükogeen südame ärritusjuhtesüsteemis. Esialgne teadaanne I. Eesti arstide kongressil. Kokkuvõte „Eesti Arstis“ № 5/6, 1922. Autoreferat.

### Oftalmologia.

Prof. Dr. E. Blessig-Dorpat. **Verletzungen des Auges in klinischen Bildern** (Silma vigastused kliinilistes piltides). Verlag von S. Karger-Berlin. 1922.

Das Büchlein ist vom Verf. in erster Reihe für den praktischen Arzt also hauptsächlich für unseren Landarzt und auch den angehenden Augenarzt

bestimmt. Aus jeder Zeile spricht der erfahrene Augenarzt und Hochschul-lehrer, und zwar in einfacher, ich möchte fast sagen, unterhaltender Form. Aus dem gewaltigen Material aller möglichen Arten von Augenverletzungen sind die am meisten charakteristischen Fälle sehr geschickt ausgewählt und in gedrängter Kürze zusammengefasst, wobei der Stoff schön übersichtlich gruppiert ist. Bei den einzelnen typischen Krankheitsbildern sind die Hauptsymptome kurz und prägnant hervorgehoben; die Eingriffe bei der chirurgischen sowie medikamentösen Behandlung (vermisse leider die Anwendung von Collargol, Novokain, Dionin) sind eindringlich und genau beschrieben. Ich bin überzeugt, dass an der Hand dieses Büchleins der praktische Arzt und der Student der älteren Kurse sich rasch und sicher über die Art der Verletzung, den Sitz des Fremdkörpers usw. orientieren und lege artis die erforderlichen Massnahmen anwenden wird. Bekanntlich ist ja gerade das Auge derjenige Teil unseres Körpers, vor dem sich der Landarzt am meisten „fürchtet“ und nur ungern — sei es Erkrankung, sei es Verletzung — die Behandlung desselben übernimmt. Das Werkchen wird gewiss diesen unberechtigten „Horror“ vermindern, da der Kollege sich bald überzeugen wird, wie dankbar eine sachgemässe Behandlung des Sehorgans ist und welche schönen Erfolge auf diesem Gebiete erreicht werden können. — Es giebt ja allerdings Fälle von schweren Augenverletzungen, die unbedingt sofort dem spezialistischen vorgebildeten Augenarzt zur Behandlung überwiesen werden müssen. Hierher gehören alle perforirenden Verletzungen mit dem Fremdkörper im Augapfel, Magnetoperationen, Operationen, die eine Eröffnung des Bulbus erfordern (Cataracta traumat. mit Glaucoma secund. usw.) vor allen Dingen aber die Gruppe der sympathischen Ophthalmien, die oft eine rasche Entfernung des sympathisierenden Auges erfordern, eine Operation, die, so einfach sie auch an und für sich sein mag, vom Landarzt oft wegen Mangels an den nötigen Instrumenten nicht ausgeführt werden kann. Leider hat der Autor nicht mit dem nötigen Nachdruck hingewiesen auf die furchtbare Gefahr, die eine Verzögerung mit sich bringt. Wir älteren Augenärzte, die Jahrzehnte lang im Lande gearbeitet haben, wissen zur genüge, wie oft uns vernachlässigte Fälle von Augenverletzungen vom Lande zugesandt werden, wo nur die Verzögerung am schlechten Ausgang der Läsion schuld ist. — Ebenfalls vermissen wir im Büchlein die zahlreichen Fälle von Fremdkörpern im Conjunctivalsack, die doch ohne weiteres der Behandlung des Landarztes überlassen werden können: Strohhalme, Holzsplitter, Fischgräten, ausgefallene Wimpern, die unangenehmen Weizen- und Gerstegränen (ohakas), die oft im Fornix liegen und bei deren Entfernung ein doppeltes Umstülpen des Oberlides erforderlich ist. Eine kurze Erwähnung dieser so häufigen Fälle und der Art ihrer Behandlung wäre durchaus wünschenswert. — Es fehlt auch eine Erwähnung der so häufigen Verletzungen der Augenlider und ihrer nächsten Umgebung durch Messer- und Heugabelstich, Steinwurf, Hundebiss usw. Eine kurze Belehrung über die Anlegung der Nähte, womöglich mit einigen schematischen Zeichnungen, wäre durchaus zu begrüssen, da gerade die Behandlung dieser Fälle meistens dem Landarzt anheimfällt, wobei eine falsche Anlegung der Nähte leicht eine mangelhafte Bedeckung des Bulbus (Lagophthalmus, Ptosis) oder eine falsche Stellung des Lides (Ektropium, Entropium, Trichiasis) zur Folge haben kann. — Die verheerenden Kriegsverletzungen, den der Verf. einige

Seiten widmet, gehören ja nun wohl, Gott sei Dank, der Vergangenheit an. — Das wären unsere Wünsche bei einer etwaigen erweiterten Auflage des Büchleins: in einem so kleinen Werkchen konnten ja alle Teile des Sehorgans nicht die gewünschte ausführliche Berücksichtigung finden. Jedenfalls ist das Erscheinen des Büchleins mit Dank zu begrüßen.

Dr. J. Osolin-Dorpat.

### Günäkoloogia ja sünnitusabi.

Dr. Ed. Clemen z (end. Tartu ülikooli naistekliiniku assistent): **Kritiline ja ajalooline uurimine päramiste valgete nekrooside üle.** Mainitud töö on ilmunud Saksa keeles (Kritische und geschichtliche Untersuchungen über die weissen Nekrosen der Plazenta) Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. 1922 a. ja on järjeks ja täienduseks autori poolt 1889. a. avaldud väitekirjale (Anatom. u. kritische Untersuchungen über die sog. weissen Infarkte der Plazenta und über den sog. weissen Decidualring). Tema ülesandeks on äranäidata, et omal ajal Ackermann'i (1884) poolt sissetoodud ja praegu üldiselt tarvitataw nimetus „Päramiste valged infarktid“ tähipäälne ei ole ja „päramiste valged nekroosid“ nimetuse läbi täpsuse suhtes muuta tuleks, aluseks võttes nekrooside paigutust anatoomiliselt ja mitte nende mitmekesiseid liike ega tekkimisviise.

Nimetus „placenta cum duplice margine“ — kahekordse äärega päramised — on iseäranis täpsena soovitatav, seniajani pea üldiselt tarvitatava „placenta marginata“ asemel — kuna tema tekkimisteooria ümberlukkamatult püsima jääb.

Küsimuse ajaloolises osas juhib autor tähelpanu oma väitekirja (1889. a.) pääle, kus täielikud teated küsimust puutuva kirjanduse 1800—1890. a. kohta leida on. Hitschmann ja Lindenthal on seda tööd kuni 1903. aastani jatkanud, tuues täpseid makro- ja mikroskoopilisi kirjeldusi. — Siis võtab autor kriitikaltselt kaalumisele 4 praegu valitsevat teooriat päramiste nekrooside tekkimise kohta:

- 1) „placentalis“ tagajärjel (d'Intrepont, Brachet, Simpson, Rokitansky, Scanzoni ja teised);
- 2) „periarteritis fibrosa foetalis“ tagajärjel (Maier, Ackermann, Hoffmann ja teised);
- 3) decidua degeneratsiooni tagajärjel (Steffek, Veit, Ehrendorfer ja teised);
- 4) thrombosis sinuum placenta tagajärjel (Clemen z, Hitschmann, Lindenthal ja teised).

Viimast tekkimisteooriat tunnistas autor ka praegu maksvaks. Päramiste nekrooside kujunemise anatoomiliselt võtab autor kriitilis-ajaloolisele vaatlusele ja märgib ära, et nende juures enne lõpulikku kujunemist mitmekesised üleminekkujud leida on.

Ettevaatlik olles ei saa ka praegugi rohkem tõendada kui ainult seda, et meil placenta nekrooside lõppkujul on tegemist degeneratsiooniga, tagasiareneva kujumuutuse saadusega — misjuures rakukesed muutuvad tardunud fibriinitaoliseks massiks, milline (ühtlane ehk võõdilane) mass seisab Recklinghausen'i poolt kirjeldud „Myalin“e kõige lähemal.

Nimetus „päramiste valged nekroosid“ näib autorile igal juhtumisel asja-

ja ajakohane olevat, ükskõik kas algpõhjust otsida ja leida emalehe epiteeli muutustes, emalehe vaheliste käikude umistuses (thrombosis) ehk verevalangukeskestuvasse nahka (decidua).  
Autoreferat.

#### Närvi ja vaimuhaigused.

Prof. Dr. M. Bresowsky-Tartu: **Beitrag zur Kenntnis der Läsionen der subthalamischen Region** (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd 50, H. 5. 1921).

Krankengeschichte und anatomischer Befund eines Thalamusabszesses, der unter Zerstörung des roten Kerns und eines Teils der Substantia nigra durch den linken Hirnschenkel nach aussen durchgebrochen war. Die klinischen Erscheinungen waren eine rechtsseitige Hemiplegie, epileptische Anfälle und Demenz. Kurz vor dem Tode trat eine starke Protrusion des rechten Bulbus auf. Andere Sympathicusymptome fehlten. Verf. nimmt an, dass die kontralaterale Protrusio bulbi durch Reizung des subthalamischen Sympathicuszentrums (Kerplus und Kreide) durch den Abszess bedingt war. Der Fall spreche zugunsten einer vorzugsweise kontralateralen sympathischen Inucreation vom subthalamischen Zentrum aus, wenigstens beim Menschen.

Sitty (Prag).

#### Pediaatria.

Dr. med. A. Lüüs\*-Tartu: **Die Kinderfürsorge in Eesti**. „Zeitschr. für Säuglings- u. Kleinkinderschutz“. H. 11. 1922.

Vene ajal ei olnud Eestis lastekaitse asutusi mitte olemas. Olid ainult mõnede omavalitsuste lastevarjupaigad ja seltskonna eestvõttel asutatud lasteaiad olemas.

Eesti lastekaitse algab 1919. a., millal „Eesti Lastekaitse Ühing“, asutati ja „Ameerika Abiandmise Selts“ oma tegevust algas. Pärast, 1922. a., tuli veel Ameerika Punane Rist meile appi, asutades Tallina, Tartu ja Narva nõuandekohad emadele. — Elavat tegevust avaldab lastekaitse alal ka Eesti Punane Rist, kuna töö- ja hoolekandeministeerium kolm rinnalastekodu ja mitu teist lastekodu üleval peab. Rinnalastekodud on Tallinnas, Kuresaares ja Tartu Jähdal Kaagveres, igapähe 50 last.

Üldse on Eestis praegu 30 mitmesugust lastekodu olemas, kokku umbes 1500 lapsele. Koolitervishoid on võrdlemisi hästi arenenud. Abi raskejalgetele ja sünnitajatele on veel vähe organiseeritud.

1920. a. peeti Eesti esimene hoolekande kongress ära, kuna 1922. a. lastekodude juhatajate konferents kokku astus.

1. IV. 1922. a. avati esimene lastehaigemaja Eestis — Tartu ülikooli lastekliinik.

Lastekaitse edeneb Eestis üsna kenasti. Vene aeg ei pärandanud sellel alal Eestile midagi. Ta peab siin ise oma parema tahtmise ja teadmise järele käima, mille juures temale Öhtu-Euroopa kogemused teed näitavad.

Autoreferaat.

#### Forensilline meditsiin.

Prof. Dr. M. Bresowsky-Tartu: **„Über einen Fall von Verbrechen aus Helmweh“**. Zeitschr. f. Psychiatrie und Neurolog. Bd. 78. 1922.

Bei der psychiatrischen Beurteilung auf Triebhandlungen beruhender gerichtlicher Fälle muss nachgewiesen werden „dass wirklich krankhafte im-

pulsive Handlungen vorliegen, welche bestimmten, klinisch nachweisbaren Psychosen zugehören“. Trotzdem gibt es Fälle, in denen bei sonst normaler Geistesverfassung die Tat allein, ihre Zwecklosigkeit oder Ungeheuerlichkeit, auf eine vorübergehende Geistesstörung hinweist. Verf. schildert einen solchen rätselhaften Gewaltakt (Erstickten eines der Obhut anvertrauten 4-jährigen Kindes), begangen in akuter Heimwehstimmung während der Menstruation von einem 18-jährigen sonst psychisch gesunden und körperlich gut entwickelten, aus einer gesunden Familie stammenden Mädchen, das ein Gymnasium absolviert und die besten Empfehlungen besass, bei der ferner eine über 3 Jahre sich erstreckte Beobachtung in der psychiatrischen Universitätsklinik zu Dorpat keine Spur einer geistigen Erkrankung zeigte (womit auch völlig widerlegt worden der Gedanke an einen „Einfall“ bei beginnender Hebephrenie). — Von der Wiedergabe der höchst interessanten Krankengeschichte muss leider abgesehen werden. Es handelt sich hier demnach um einen Fall von vorübergehender Geistesstörung, dessen einziges Symptom der Gewaltakt war, während die Täterin sowohl vorher wie nachher als psychisch gesund zu betrachten ist, der die Tat selbst etwas fremdes bedeutet, dass mit ihrem wirklichen Leben nichts zu tun hat, worauf auch die keineswegs auf Mangel an Einsicht oder Gemüt beruhende Abwesenheit jeglicher Reue hinweist. — Auf dieses Gutachten hin ist die Anklage von der Prokuratur nicht weiter verfolgt. Talvik.

Dr. med. S. Talvik\* -Tartu: *Juridiline eksitus* (Juridischer Fehler). „Tervis“ № 8. 1922.

Verf. schildert — nach allgemein einleitenden Bemerkungen — einen seltenen Fall von Kindsmord. Ein kaum 18-jähriges Mädchen aus gesunder Familie hat ihr vor 6 Tagen geborenes Kind gleich nach dem Verlassen der Gebäranstalt durch Zudrücken der Atemöffnungen erstickt, die Leiche auf einem Hofe deponiert und sich darauf der Kriminalpolizei gestellt. Wurde auf „Mord“ hin zu 12-jährigem Kerker verurteilt. — Gegen diesen Urteilsspruch wendet sich Verf., indem er nachweist, dass die Tat „in der Geburt“ sowohl im Sinne der „physiologischen Geburtsdauer“ (Kratter), wie auch im Sinne der ratio legis geschehen ist, da der durch den Geburtsakt gesetzte somatische und psychische Ausnahmezustand am 6. Tage nach der Geburt noch fort-dauerte, des weiteren Absonderheiten in dem Tatbestande selbst auf eine gewisse psychische Minderwertigkeit der Täterin hinweisen (eine psychiatrische Begutachtung ist leider nicht veranlasst worden), welche als strafmildernder Umstand ins Gewicht fallen sollte, somit das Verbrechen zwanglos als „Kindsmord“ zu ahnden wäre, nicht aber als „Mord“. Eine Revision des Urteils ist eingeleitet worden. Autoreferat.

#### Avalik meditsiin.

**Eesti Vabariigi praktiseerivate arstide ja hambaarstide nimekiri 1921 a.** (Verzeichnis der im Estnischen Freistaate praktizierender Ärzte und Zahnärzte im J. 1921.) Tervishoiu Peavalitsuse väljaanne 1921 a.

Das 16 4<sup>o</sup>-Seiten haltende Heftchen bringt, geordnet nach den Städten und Landkreisen, das Namensverzeichnis, die Spezialitäten und die Adressen sämtlicher bei der Sanitätsverwaltung der Republik registrierten Ärzte und

Zahnärzte. Von den ersteren entfallen auf die Hauptstadt Tallinn (Reval) 115, auf die Universitätsstadt Tartu (Dorpat) 96, auf die übrigen 10 Städte 81 (insgesamt 292) während in den 11 Landkreisen insgesamt 77 Ärzte praktizierten. Bei einer Gesamtbevölkerung von rund 1.220.000 Einwohner kommt somit je 1 Arzt auf 3307 Einwohner. — Die Städte sind verhältnismässig sehr reichlich mit Ärzten versorgt (1 Arzt auf etwa 940 Einwohner), während in den Landkreisen 1 Arzt auf etwa 10.935 Einwohner entfällt. Von insgesamt 86 Zahnärzten und Dentisten praktizieren in Tallinn 37, in Tartu 30, in den übrigen Städten 14, in den Landkreisen 5. Talvik.

**E. V. Tervisholu Peavaittuse aruanne 1919. ja 1920. a.** Comptendu de l'administration générale d'hygiène de la République Esthonienne pour les années 1919 et 1920. Tervish. Peav. väljaanne 1921.

Das 156 Seiten 4<sup>o</sup> haltende, solide, mit reichhaltigen Tabellen und einer Kurventafel ausgestattete Werk bringt neben allgemein orientierenden Artikeln in estnischer und französischer Sprache erschöpfende Daten über Bevölkerungsstatistik Eestis, über Epidemien in den estnischen Städten und Landkreisen, über Hygiene der Schulen, Gewerbe, Kommunikationswege, Gefängnisse und Strafanstalten, über die Sanierung der Prostitution und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Registration der Geimpften, Erkrankten, über estnische Kurorte, Schlambäder, Grenzquarantänen, über das ärztliche Personal, gerichtliche Medizin, Apothekenwesen und die von der Sanitätsverwaltung 1917 und 1920 angeordneten Bestimmungen, sowie über das Etat d. Sanitätsverwaltung.

Es seien einige Daten aus dem obigen reichhaltigen Material angeführt:

	1919	1920
Gesamtbevölkerung Eestis:	1.072.184	1.121.612
davon in den Städten . . . . .	241.459	280.452
"    "    Landkreisen . . . . .	830.725	841.160
Zahl der Geburten . . . . .	8.861 männl. } 17.152	6.870 männl. } 13.140
	8.291 weibl. }	6.539 weibl. }
"    "    Todesfälle . . . . .	16.711 männl. } 28.000	11.195 männl. } 21.363
	12.089 weibl. }	10.168 weibl. }
Erkrankungen an: Typhus abdominal. . .	267	1.094
"    exanthem. . .	319	4.125
"    recurrens . .	10	978
Dysenteria . .	1.042	3.459
Variola vera . .	163	435
Scarlatina . .	886	2.549
Diphtheria . .	478	1.207
Gerichtl.-medizin. Fälle: Mord und Totschlag	108	91
Selbstmord . . . .	42	49
Ertrinken . . . .	12	16
Vergiftungen . . .	6	17
Körperverletzungen	54	144
Raufhändel . . . .	145	435
Vergewaltigungen .	8	17
Unglücksfälle . . .	95	195
Sonstige Fälle . .	90	138

Die starke Zunahme der Epidemien im J. 1920 (Typh. exanthemat.!) ist bedingt durch den Zusammenbruch der russischen Judenitsch-Armee, teils wohl auch durch ausgiebigere Registration in diesem Jahre, während im Vorjahre das Gros der estnischen Ärzteschaft mobilisiert war. Talvik.

**Eesti Vabadussõda XI. 1918 — II. 1920. Tervishoidline osa.** La guerre de l'indépendance de l'Esthonie. Service médicale. Sõjaväe Tervishoiu Valitsuse väljaanne. Tallinn, 1921. Sõjaväe trükikoda.

Kaanepildiga (haavatud sõjamees) kaunistet raamat jätab sisu lehitsedes esmalt häa ning veetleva mulje. Raamat jaguneb järgmistesse 22 päätükki, millele järgneb prantsuskeelne sisu kokkuvõte: Esimeses päätükis pakutakse lühikest ülevaadet Vabadussõja käigu kohta, II. päätükk räägib sõjaväe ravitusasutustest, kolmandas — „lühikesed teated üksikute sõjaväe ravitusasutuste kohta“ on näha, et vabadussõja kestes nii mõnedki väljamaa (Soome, Daani, Inglise, Ameerika j. n. e.) ravitusasutused meile abiks on olnud, meid pesu ja ja muuga varustades, meie tervislist seisukorda parandada aidades. Huviga võib jälgi kuidas aegamööda meie Sõjaväe Tervish. Valitsus ennast korraldada on osanud, nii et uued ravitusasutused küllalt eeskujulikult korraldati, millega osalt ka Vabadussõja saatust otsustati õnnelikult. Neljas päätükk „Sõjaväe üksuste sanitaarpersonaali tegevus Vabaduse sõjas“, näitab, kuidas oli üksikutes väeosades korraldatud riidevarustus, toitlus, ihupuhtuse hoidmine, desinfektsioon j. n. e., palju langenuid ja haavatuid oli väeosal ühel ehk teisel kuul ja kunas, missugused taudid ja muud haigused (suguhaigused j. n. e.) ilmusid väeosas, kelle poolt anti esimest abi eeslinnil, kuidas oli korraldud haavatute ning haigete transport ja ambulatoorne tegevus väeosades. Viiendas päätükis „Sisemised haigused“ peatab Dr. med. Rothberg esmalt neurasthenia bellica juures, jagades vastavaid haigeid kolme liiki: 1) need, kes üleelades raskeid momente, tahtejõu nõrkuse pärast hüsteeriliselt reageerivad, 2) need, kes frondi taga neurootikeritena esinevad, 3) eetilisel alaväärilised simulandid; eraldi vaatleb autor n. n. närvilist väsimust, mille juures puuduvad psühika rikked. Sellevastu on üsna vähe käsitatud traumaatilist neuroosi. — Südamehaiguste põhjustena nimetab autor sünnipärasest nõrkusest, sõjakäigu raskusi, külgeh. haigusi, veresoonte lupjumist j. n. e. ja peatab siis funktsionaalsete südame rikete juures. Hingamisteede, mao ja soolte haiguste ülevaadeteks autor nii täielikku aetoloogilist, kui ka muud kliinilist materjaali sõjav. arstide käest ei võinud saada, mille tõttu ka need osad pisut nõrgemad. Üldiselt jätab töö ilusa mulje ning käsitlusviis tõmbab kaasa.

Märksa raskemas stiilis on VI päätükk Dr. med. W. Zimmermann'i töö „Külgehakkavad haigused“, milles ta käsitab esmalt üldarvusi ja siis kirjeldab eriti plekilist soetõbe, korduvat soetõbe ning lõpuks kõhutõbe. Erilist tähelepanu pühendab autor plekilisele soetõbele, peatades iseäranis selle patoloogio-anatoomia juures. Järgmine VII. päätükk „Kirurgia Eesti Vabadussõjas“ prof. Zoega sulest, viib meid hästi kordaläinud tabelite näol meie sõjapäevade haavatutele abiandmise juurde, tuues võrdlusi teistest sõdadest, mis tööd hästi elavaks teeb. Üksikasjaliselt on kirjeldatud ka hoolekandmine invaliidide eest siin kui ka mujal, ära näidates, missugusi vigu edaspidi ei tohiks teha. Ülevaade prof. A. Paldrocki sulest „Sugu ja nahahaiguste

osakondade tegevuse üle 1. märts 1919 — 1. märts 1920“, on VIII. päätüki õige tabavalt väheste sõnadega kokku seatud ning täiesti rahuldav; ka selgitab aruannet vastav tabel. I. Tallinna sõjaväe silmaosakond esineb IX. päätüki aruandega, mis lihtsalt nimede ja numbritega aga laitmatult kokku seatud. Järgnevad päätükid: X. Sanatooriumid, XI. Hambaarstline tegevus, XII. Sõjaväe kesk-apteegi ladu, XIII. Sõjaväe kesk-apteegi ladu Narva osakond, XIV. Haavatute ja haigete transport ja evakuatsioon, XV. Rahväe komisjonid, XVI. Korraldused arstide teaduslise pinna tõstmiseks, XVII. Alama sanitaar-personaali ettevalmistamine, XVIII. Eesti sõjaväe sanitaar-personaal, XIX. Nimekiri arstide kohta, kes Eesti Vabadussõjas teeninud, XX. Külgehakkavate haiguste vastu võitlemine. Desinfektsioon, XXI. Lõpusõna XXII. Pro domo sua. — Teos on väärt iga arsti laual aakohal seista, meelde tuletades eriti ühiseid läbielamisi sõjapäivil. H. Jürgenson.

## Kroonika.

**II Eesti arstide kongressi**, mis juulikuu keskpaigal 1923 Pärnus ära peetakse, eeltööd on käimas, Pärnu Eesti arstide seltsi korraldusel. Kongress kestaks 2 päeva, kuna kolmandal päeval korraldatakse ühine väljasõit Kihnu saarele. Lähemad kavad ja üleskutsed saadetakse varsti kõigile arstiseltsidele kätte.

**Doktori-promotsioon.** Laupäeval 18. nov. s. a. arstiteaduskonna avalikul pidulikul koosolekul ülikooli aulas kaitses ülikooli lastekliiniku juhataja Drd. med. A. Lüüs oma doktori väitekirja aine üle „Sugemed vigaste laste kohta Eestis“. Ametlikkudeks opponentideks olid dotsendi k. t. Dr. med. J. Blumberg, prof. Dr. J. Miländer ja prof. Dr. A. Rammul, kes kõik rõhutasid esitatud suure töö väärtust nii teaduslikes suhtes kui ka hoolekande suhtes vigaste eest Eestis, mis promovendi töö läbi alles rajatakse kindlale alusele. Pääle ühe tunni aja kestnud vaielusi tunnistati promovend arstiteaduse doktori auastme vääriliseks. Väitekirja sisu-kokkuvõtte toome edaspidi.

**Esimene pimedate kool Eestis** avati riiklise koolina pimedate hoolekande seltsi „Pimedate Abi“ korraldusel 20-mal novembril s. a. Tartus, Lina tän. № 6. Esialgu on õpilaste arv väike (11) ja ruumid kitsad. Õpevahendite kohalejõudmisega Saksamaalt ja oma töökoja avamisega lähemal ajal laieneb muidugi kooli töö kui ka õpilaste arv. (Ainult Tartus on olemas 74 pimedat). Praegu õpetatakse lugemist, rehendamist ja kirjutamist ja harjutatakse pimedaid uulitsal käima, eriti selleks valmistatud linnaplaani järele.

**50-aastast akadeemilise töö juubelit** pühitsete 13. det. s. a. Tartu ülikooli loomaarstiteaduskonnas prof. Mag. med. vet. V. Gutmann. Sündis 29. XI. 1851 Tartumaal ja astus pääle siinse loomaarsti-instituudi lõpetamist, 13. XII. 1872, professor Jessen'i assistendina loomakliiniku, millises asutuses ta tänapäevani tagajärjerikkalt töötab loomakirurgia, sünnitamisabi ja oftalmoloogia professorina. Neil aladel on tema avaldanud hulk teaduslisi töid kui ka kõrgele järjele tõstnud vastavad kliiniku-osakonnad, olles ühtlasi eeskujulik õpetaja ja arst.

## Sisu. Index.

**Titli pildid** (krüidipaberil): Eesti arstide näopildid: 1) Dr. med. F. R. Fählmann (№ 1) — 2) Prof. Dr. med. H. Koppel (№ 5/6) 3) Dr. F. R. Kreuzwald (№ 8/9). — Põhja-Balti arstiseltsi illeanduslik koosolek Tallinna raekojas 12/X. 1912 (№ 10) — I Eesti arstide kongressi au-presiidium: R. Tigerstedt — Helsingi, T. Laitinen — Helsingi, L. Alksnis — Riia, F. Bagdonas — Kovno.

Eessõnad „Eesti Arsti“ ilmumise puhul:	Lhk. Pag.
a) Toimetuse poolt . . . . .	1
b) H. Koppel: Eessõnaks . . . . .	3
Põhja Balti arstideseltsi 10-a. juubeli puhul . . . . .	437

### Originaaltööd:

#### A. Arstiteadusest.

H. Arronet: Über die Schlambäder in Eesti . . . . .	214.	268
Belenki-Belenski: Isoleerit mao ja duodeenumi nõrete saamise viisist (2 pildiga) . . . . .		523
J. Blumberg: An welchen Stellen sollen die Nervenbahnen unterbrochen werden, um die regio inqualis zu anaesthesieren (1 pildiga tekstis) . . . . .		513
K. Konik: Steinmanni naelaekstensioon . . . . .		6
J. Kull: Makroglossia lymphocavernosa juhtumine (3 pildiga tekstis) . . . . .	271	
O. Lindeberg: Abortiivsed encephalitis epidemica kujud . . . . .	28	
A. Lüüs: Praeguse aja vaated rinnalaste toitmise ja surevuse pääle . . . . .	331	
J. Osolin: Zur Statistik der Augenerkrankungen in Eesti . . . . .	410	
A. Paldrock: Leepra ravitsemisest sõehappe lumega . . . . .	507	
R. Peterhof: Tagajärjerikas ravitsemine 2 tetanus'e juhtumisel seerumi pritsimise läbi subarachnoidaal-ruumi . . . . .	161	
L. Puusepp (Pussepp): Encephalitis epidemica (lethargica) . . . . .	19.	94
„ „ „ Epilepsia ravitsemisest . . . . .	403.	464
J. Rives: Mõned iseäraldused Heine-Medin'i haiguspildis täiskasvanute juures . . . . .	545	
K. Schlossmann: Köhutõve taud Eestis ja võitlus selle vastu . . . . .	89.	151.
„ „ „ Botulismus . . . . .	264	
„ „ „ Tuberkuloosi vastu võitlemise alused . . . . .	470.	511.
H. Schotter: Hochgradige lokale Eosinophilie bei einem mit Opochin behandelten postpneumonischen Pleuraexsudat . . . . .	549	
A. Sossi†: Abortide arvu suurenemine Tartu ülikooli naistekliinikus viimastel aastatel . . . . .	535	
S. Talvik: Dr. Guido v. Samson-Himmelstjern, erster Professor der Staatsarzneikunde an der Universität Dorpat (2 pildiga tekstis) . . . . .	31.	106.
A. Valdes: Haruldane hüdronefroosi juhus neeruvaagna ja neerurikate eraldi laienemisega neerude kaassündinud anomaaliatega juures (2 pildiga tekstis) . . . . .	44	
K. Willemi: Oedema angioneuroticum acutum (2 pildiga tekstis) . . . . .	101	

## B. Arstitegevuse aladelt.

Lhk. Pag

K. Konik: Tartu ülikooli arstiteaduskonna koosseis, õpekava ja eksamite korraldus . . . . .	419
A. Mõttus: Lühike ülevaade tervishoiu organisatsioonist Eestis . . .	39
S. Talvik: Arstline ekspertiis Eestis praegu maksvate määruste järel . . . . .	289

## I Eesti Arstide Kongress Tartus 2.—4. dets. 1921 a.

## Seksioon I: Avalik meditsiin. Üldised ained.

H. Alwer: Tiisikus Lääne maakonnas . . . . .	82
E. Blessig: Richtlinien für eine Blindenzählung in Estland . . . . .	81
J. Brennsohn: Skizzen aus dem Medizinalleben Alt-Estlands . . . . .	81
Citovič: Опыт применения количественной модификации реакции Pirquet в народной школе . . . . .	234
A. Falck: Die Schlammkur in den einheimischen Badeorten . . . . .	235
E. Fischer: Die Aufgaben des Arztes als Kulturträger in nächster Zeit . . . . .	242
Jerwan: Eesti sõjaväe tervishoid ja statistilised andmed selle kohta rahuajal (2 pildiga tekstis) . . . . .	69
Y. Kajava: Über anthropologische Eigenschaften der Finnen (1 pildiga) . . . . .	353
H. Kukk: Eesti vabariigi raudteede üldine tervishoid . . . . .	76
Lensin: Vabariigi raudteede tervishoiu statistika üle 1920 a. . . . .	78
A. Lüüs: Lastekaitse Ohtu-Euroopas . . . . .	85
H. Maddisson: Mõned märkused kooli tervishoiust (2 pildiga) . . . . .	227
A. Mõttus: Tervishoiu tähtsusest riigi ja rahva elus . . . . .	66
L. Puusepp (Pusep): О совместной научной работе врачей крайних государств . . . . .	196
„ „ О дефективных и отсталых детях . . . . .	225
„ „ О специальном образовании военных врачей . . . . .	454
A. Rammul: Ülesanded koolitervishoiu alal . . . . .	232
„ „ Lähemad ülesanded tervishoiu alal . . . . .	500
J. Vilms: Sport koolis ja väljaspool kooli . . . . .	234
„ Taylorism tervishoidlise vajadusena Eestis . . . . .	241
B. Wogas: Eesti Punase Risti tegevus rahuajal . . . . .	73
<b>Resolutsioon</b> rajariikide arstikondade teadusliku koostöötamise asjus . . . . .	462
<b>Resolutsioonid</b> avaliku meditsiini aladelt . . . . .	502

## Seksioon II-a: Eksperimentaalne meditsiin.

R. Adelheim: Über die nichteitrige Encephalitis . . . . .	392
A. Audowa: Lihaste atrofeerumisest tegevusetuse tagajärjel . . . . .	144
F. v. Bormann: Die Abhängigkeit der Entwicklung der äusseren Genitalien des Meerschweinchens und Kaninchens vom Alter des kastrierten Tieres. Demonstriert . . . . .	151
A. Johanson: О вапиапх и Spirochaete Obermeieri . . . . .	403
H. Kull: Kromaffiini ja feokroomi rakkude üle . . . . .	398
T. Laitinen: Die Alkoholfrage in der Bedeutung einiger wissenschaftlichen Untersuchungen der allerletzten Zeit . . . . .	197
A. Lipschütz: Neue experimentelle Untersuchungen zur Frage der kompensatorischen Hypertrophie des Testikels . . . . .	387
A. Loewe: Über phenolhaltige Schlafmittel . . . . .	389
A. Nikula: Die Alkoholverbrecher und ihre Behandlung . . . . .	135
B. Ottow: Über die Bedeutung der innersekretorischen Funktion des Eierstockes für den menstruellen Phasenwechsel des Endometriums . . . . .	145
N. Popoff: Наследственность у человека . . . . .	398
R. Tigerstedt: Die Strömung des Blutes in den Arterien . . . . .	485
A. Ucke: Über akute gelbe Leberatrophy . . . . .	130
„ Zur Lösung des Entzündungsproblems . . . . .	377



	Lhk. Pag.
A. Sossi: Arstlised tunnistused abiellu astumise puhul . . . . .	308
A. Spindler: Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten in Estland	181
E. Terrepson: Die Möglichkeiten der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten . . . . .	324
J. Vilms: Suguhaiguste ühiskondlised ja majanduslised põhjused .	193
<b>Resolutsioonid</b> suguhaiguste vastu võitlemise alalt . . . . .	502

#### Protokollid.

Eesti arstiseltside liidu II pääkoosolek 9.IV.1922. a. . . . .	276
E. V. tervishoiu nõukogu koosolekud 13/14 I, 14. V. ja 23/24 IX. 1922. a. . . . .	115. 413. 516

**Tartu** Eesti arstideseltsi teaduslikud koosolekud. — Peetud kõnedest on refereeritud:

Arrak: Vererõhumise kõikumised nefriitise juures (561); Koosolek disenteria küsimuse selgitamiseks (56); — E. Fischer: Scarlatina ja diphteria prophylaxis'e küsimus (518); — H. Jürgenson: Balantidium coli juhused (558); — Karell: Aktinomycoosise juhused (557); — K. Konik: Märkused appendicitis'e üle (57), sapiteede kivihaiigus (57.217), osteomyeliit capitis femoris juhtumine (220), fascia vaba transplantatsiooni juhused (518); — A. Kook: Ülevaade röntgenoloogia tehnilise kursuse käigu üle (219); — F. Lepp: Difteriidi seerumiga arstitud antrax'i juhtumine (219); — V. Lindeberg: Meningiit tuberculosis juhtumine (218); — A. Mõttus: Kas on meil ühist sotsiaal-tervishoiu ministeeriumi tarvidust? (281); — T. Ojakäär: Pikkaldane tinamürgitus (518), aktiomegalia (519); — A. Paldrock: Leepra ravitsemisest sõehappe lumega (559), pityriasis rubra Hebrae ja psoriasis vulgaris (560); — A. Pöbol: Ühe tracheoplastica juhtumise demonstreerimine (279); — C. Prima: Prostatactomia suprapubica (279); — J. Prisko: Ülemise lõualuu vähijahaiiguse juhtumine (281); — L. Puusepp (Pusser): Экспериментальные данные к вопросу о кровообращений в мозгу во время совокушения (218), alexia juhtumine (220), sclerosis multiplex'i juhused (560); — Rosenfeld: Megalocloni'i reseksioon (280), carcinoma coeci (280); — E. Saaberg: Ilanaha luuõõne juhtumine ülemistes hingamisteedes (217); — A. Sossi: Abortide arvu suurenemine ülikooli naistekliinikus viimastel aastatel (56), harva ettetulev kõhuruumi ja põie viigastus kunstliku sünnitusabi andmise puhul (57); — Sööt: Röntgeni kiirtega arstimisest (561); — S. Talvik: Kohtu-arstline ekspertiis Eestis praegu maksvate määruste järele (559); — J. Vilms: Doktorandide eksamid meil ja väljamaal.

**Tallinna** Eesti arstideseltsi teaduslikud koosolekud. — Peetud kõnedest on refereeritud:

H. Rütman: Parenteraalne piimaga ja terpentiniõliga ravitsemine (53); — J. Laiga: Diaphragma-clonise üle (54); — L. Puusepp: Симптоматология и лечение болъзней hypophisis'a (54) ja физиология половой функции (55); — Seltsi 1921. a. tegevusest (340); — A. Mõttus: Kas on Eestis sotsiaal-tervishoiu ministeeriumi tarvilik? (341).

**Pärnu** Eesti arstideseltsi tegevusest 1921 a. Pärnusupeluse maja uuesti üleshitamine (283) ja külgehakkavate haigete jaoks uue haigemaja ehituskava (283).

**Viljandi** arstideseltsi teaduslikud koosolekud. Ettekantud kõnedest on refereeritud:

M. Nõges: Tiisikuse arstimine immuunbioloogilisel sihtjoontel (58), neuralgia lumbosacralis (60); — A. Zastrow: Verruca plantae küsimusest (58), raskete gingiviitide ravitsemisest (58), raske angina phlegmonosa ravitsemisest (58), võõraste kehade kasuistkast (60), pa-

toloogiliste sünnituste kasuistik (60), prostitutsiooni reglementeerimine (61); — B. Sellheim: Die Frühoperation bei Appendicitis (58), Terpentinanwendung nach Operationen im cavum uteri (59); — Gernhardt: Iritiskasuistik (59); — Reimann: Kõlgehakkavad haigused Viljandimaal 1920 a. jooksul (59); — Kerstens: Лечение рака кожи и волчанки pasta plantagina.

**Sõjaväe arstide IX ja X teaduslikud koosolekud.** Ettekantud kõne-dest on refereerit:

A. Paldrock: Kuresaare kui kurort (61); — L. Puusepp: Kurortide tähtsus närvi haavamiste juures (61); — Russow: Muda ja mudavannid, supelustehnika (61); — Falck: Kodumaa kurortide teraapiline tähtsus (61); — A. Liin: Tiisikuse küsimus praegusel ajal (562); — Lepasson: Tiisikus tänavu aastal teenistusse võetud noorsõdurite hulgas (562); — Zoege v. Manteuffel: Periostiit costarum typhosa (563); — Stamm: Kavatsetava diviisi sidumisalga uus organisatsioon (563).

**A. Lüüs:** Põhja-Balti arstideselts 1912—1918—1922 (475).

### Arstline fõljeton. Väljamaa kirjad.

J. Blumberg: Einiges über Dr. Kreuzwalds ärztliche Tätigkeit.	415
Y. Kajaava: Soome arstiteaduslised ühisused . . . . .	341
J. Leppik: III rahvusvaheline tuberkuloosivastane kongress Brüsselis 10—15. VI. 1922. . . . .	423
A. Lüüs: Lastekliinikud ja lastekaitse Saksamaal . . . . .	552
A. Mõttus: Varssavi rahvusvahelise sanitaarkonverentsi tööst . .	285
S. Talvik: Dr. med. Friedrich Robert Faehlmann . . . . .	49
„ Läti Vabariigi Riia ülikooli arstiteaduskonnast (1 pildiga)	519

### Referaadid, kirjandus, ajakirjandus, väitekirjad.

- Referaadid** avalikust meditsiinist (571), bakterioloogias (284), kohtulikust arstiteadusest (570), lastehaigustest (173), naistehaigustest ja sünnitusabist (569), närvi- ja vaimuhaigustest (570), patoloogilisest anatoomias (564), oftalmoloogias (567), sisehaigustest (523).
- Ajairjandus:** „Acta Medica Scandinavica“ IV (528); — „Duodecim“ I (174) II (300) III/IV (348), V, VI/VII, VIII/IX (527); — „Finska Läkaresällskapet Handlingar“ I/II, III/IV (348) V/VI, VII/VIII (432); — „Medicina“ I (220) II (349) III, IV, V, VI/VII (433); — „Tervis“ (123).
- Kirjandus:** Eesti arstiteadusline kirjandus 1921 a.: Tööd ülikooli bakterioloogia instituudist: C. Schlossmann: Hapete mõju kolloiidide pääle ja selle tähtsus patoloogias; über die Darmspirochaeten (297); J. Blumberg: Leitfaden für die chirurgische Krankenpflege (297); tööd ülik. dermatoloogia polikliinikust (345), farmakoloogia instituudist (344), füsioloogia instituudist (345); haavakliinikust: Prikul: Über die Behandlung der Aktinomykone mit Röntgenstrahlen (345); Hausmann: Die sedative Therapie typhöser Erkrankungen; tööd ülikooli hügieeni instit. (427), kohtuliku arstiteaduse instit. (427); lastekliinikust: A. Lüüs: Lastehoidmise ja ravitsemise õpetus (427); L. v. Lingen: Kriegsameorrhoe in Petersburg (481); tööd ülik. patoloogia instituudist (526); polikliinikust (526); — E. Palmén ja Y. Kajaava: Lääketieteellinen sanasto (120); — Rob. Tigerstedt: Från läkarkongressen i Dorpat den 1—4 December 1921.

- d) *Väitekirjad*: 1) B. Ottow: Die Geburt als Komplikation des Status epilepticus (298); 2) S. Talwik: Die Lepra im Kreise Oesel (346); C. Prima: Über die Resorptionsfähigkeit des Bauchfells bei gesteigerter Darmperistaltik (428); A. Valdes: Glükogeeni hulka vähenemise tegurite mõju südame spetsiifilise lihassüsteemi pääle (564).

### Kroonika.

Eesti arstide kongressi ümber (№ I, kaanel), Eesti arstiteadusline näitus (II), Eesti Punase Risti tegevusest rahuajal (X); — Eesti arstiteaduslised oskussõnad (63), Eesti arstide biograafilise leksikoni asjus (123, 221, 433, kaanel № XI); — Eesti arstide liidust (125, 529); E. V. Tartu ülikooli arstiteaduskonnast (63, 126, 176, 302, 349, 483); Tartu ülikooli isiklik koosseis I sem. 1921. (127), I Eesti arstide kongressi ja näituse puhaskasus (176); erikursused maakonna ja linnaarstidele (128); — Leepra vastu võitlemise korraldus Eestis (128); nõuandekoht emadele (223); rinnalaste ja emade kodud Eestis (435); I. ülemaailmne jaoskonna-arstide koosolek (435); arstliste honoraaride küsimus (223, 483); maad jaoskonna arstidele (224); rahvaarv ja liikumine Eesti linnades (350); Tallinna korterioludest 1921. a. (250); Soome arstideühingu „Duodecim“ 40-nes aastapäev (301); Leedu Vabariigi ülikool (301); Schweitzi ülikoolidest (351); rahvasteliidu tervishoiu komitee (123); ägedate külgehakkavate haiguste üle Latvijas (484); abi näljahädalistele Venemaal! (530). Doktori-promotsioon (176, 350, 574); II Eesti arstide kongress (574); esimene pimedate kool Eestis (574); 50-a. akadeemilise töö juubel (574). — *Kongressid*: sotsiaalse tervishoiu ja profülaktilise kasvatusel rahvusvahel. k. (124); rahvusvahel. tervishoiu kongressants Varssavis (222); kongressid eeloleval suvel (303); I. Eesti arstide kongressi üle (351); congrès d'hygiène mentale (351); III. rahvusvahel. tiisikuse vastu võitlemise kongress (351); rajariikidevaheline sanitaar-kongressants Tartus (434); XVI Prantsuse meditsiiniline kongress (484). — *Nekroloogid*: *Eesti* coll.: Rud. Pärt (175), Ed. Laas (176), Prof. J. Waldmann (300), Prof. K. Holtzmann (351), P. Cramer (352), E. Rosenthal (484), A. Sossi (530, pildiga), E. Vittoff (531, pildiga). — *Väljamaa* coll.: J. O. Schaumann (304), J. F. Fischer (304), H. Guilleminot (304), H. Graham (304), A. T. Gould (304), C. L. Schleich (304), L. Riess (352), A. Blaschko (352), W. P. Dunbar (352), L. A. Ranvier (352), C. Wallis (436), W. v. Leube (436), H. Quincke (436), Ch. Laveran (436), N. Coppola (436), Chr. Sibelius (532), W. S. Halstedt (532), R. Farrar (532), Getner (532).

**Ametlikud teadaanded:** kaanel №№ III, IV, VI/VI, VII, VIII/IX, X, XI, XII.

**Toimetuse teadaanded:** „ „ I, II, IV, VII, X, XII.

**Toimetusele saadet kirjandus:** kaanel №№ I, II, III, VIII/IX, X, XII.

