

Üldbalti Oftalmoloogidepäevadest (Ü. B. O. P.).

Kuna käesolevas „Eesti Arsti“ numbris leiavad lugejad V Üldbalti Oftalmoloogidepäeva protokollid, siis olgu siinkohal mõni sõna üteldud seletuseks nende päevade kohta.

Silmaarstid on minu teada vist ainsad Balti riikides, kes on endid teaduslikult ja kollegiaalselt üksteisele liginemise suhtes organiseerinud. Eeskujuks siin on olnud Skandinaavia maade silmaarstid — Taani, Norra, Rootsi, Soome, kus ollakse juba kauemat aega omavahel kontaktis igaaastaste Põhjamaade silmaarstide kongresside kaudu, mis kord ühes, kord teises riigis toimuvad ja kus iga maa arst võib oma keeles esineda, sest et nende maade keeled üksteisega enam-vähem sarnanevad, kaasa arvatata soome keel. Meie Balti riikide — Eesti, Leedu, Läti — silmaarstid on juba 1928 loonud Ü. B. O. P., mis kokku kutsutakse iga kahe aasta järel Eesti, Leedu ja Läti ülikoolide linnadesse kordamisi. Referaatide keelena on lubatud esialgsete juhtnööride järgi eesti, leedu, läti, saksa ja vene keel. Tegelikult on aga, sest et üksteise keelest oma vahel aru ei saada, koosolekuil tarvitatud saksa ja vene keelt. Tulevikus võib keele küsimus muutuda seda mööda, kuidas kuskil maal võõraid keeli õpitakse. Silmas pidades oftalmoloogia kitsast ala, on osavõtt Ü. B. O. P. Kaunases (1932), Riias (1934) ja Tartus (1938) küllalt elav olnud ja tõusvat tendentsi näidanud. Kuna teisest Ü. B. O. P. Tartus 1930 osa võttis ainult 24 silmaarsti kolmest riigist, siis oli viiendast Ü. B. O. P. Tartus 1938 osavõtjaid juba 36 silmaarsti — Eestist 14, Leedust 6, Lätist 15 ja Soomest üks (külaline). Tartus pidi juhtnööride järgi toimuma viies Ü. B. O. P. juba 1936, kuid Ülikooli Silmakliiniku ehitamise tõttu pidi see edasi lükatama kuni kliiniku valmis saamiseni. Vastavalt suurenenud osavõtjate kolleegide arvule oli viimaseil Ü. B. O. P. ka referaate rohkemaarvuliselt kui esimesil kokkutulekuil. Kindlasti võib konstateerida, et referaadid on kujunenud ka sisu-

liselt tüsedamaks ja teaduslikku huvi pakkuvamaks. Määruste kohaselt trükitakse protokollid kõigi kolme riigi arstilisis häälekandjais ja peale selle veel Klin. Mbl. f. Augenhk., mis ka senini on alati sündinud.

Meie silmaarstide kokkutulekud on ikka armsad olnud, mitte ainult teadusliku huvi pärast, ent võib-olla veel rohkem just isikliku kontakti, tutvuste ja sõprussidemete loomise mõttes välismaa kolleegidega, kellega tihtipeale ühiste patsientide läbi juba kaudne kontakt on olnud. Kolleegel, kes on osa võtnud, on neist päevist alati head mälestused jäänud. Siin tutvutakse naabrite arstilise olukorraga, mõtlemisviisidega, nende töö ja tegevusega, mis on kasulik vastastikuseks äratuks ja tõukeks uuele tööle ja tegevusele.

Viimased Ü. B. O. P. Kaunases, Riias ja Tartus on näidanud, et luuakse ka perekondlikke tutvusi, kuna paljud kolleegid naaberriikidest sõidavad koosolekulinna koos oma perekonnaliikmeiga. Nii oli Tartusse sõitnud 1938 septembris meestega koos üle 10 perekonnaliikme naaberriikidest. See pärast loomulikult on seoses teaduslikkude koosolekuiga ka tutvumised vastava maa või linna vaatamisväärsusiga.

Ei tahaks aga mainimata jätta üht ebameeldivat nähtu meie eestlasist silmaarstide suhtes leige osavõtu pärast, mis tuli eriti nähtavale Tartus peetud viimase Ü. B. O. P. puhul. Kuna kõik Tartu silmaarstid võtsid osa sellest, oli väljastpoolt Tartut ilmunud kõigest 7 silmaarsti ja neist ainult üks eestlane. Leedust ja Lätist ilmunud olid aga peamiselt leedulased ja lätlased. Loodame, et meie eestlasist kolleegid muutuvad tulevikus aktiivsemaks.

J. U u d' e l t.

V Üldbalti Oftalmoloogidepäev.

V Üldbalti Oftalmoloogidepäev toimus Tartus, 3. ja 4. septembril 1938 Ülikooli Silmakliiniku ruumes.

I koosolek 3. septembril e. l.

Juhatab: prof. P. A vi ž o n i s (Kaunas). Kirjatoimetajad: dr. med. J. S u u r k ü l a ja dr. H. K o h l e r (Tartu).

I. PICK (Klaipeda): Pisarateede haigusist ja nende ravist.

Autor käsitleb pisarateede stenoose ja nende diagnoosimist, põhjusi, komplikatsioone jne. Muuseas juhib tähelepanu sellele, et ahtad pisarapunktid põhjustavad palju sagedamini stenoose kui avarad. Põhjalikult peatub pisarateede ravil, kusjuures soovitab alati head tuimastamist ja väga õrna manipuleerimist. Kaasasündinud pisarateede haiguste käsitlemisel mainib autor, et need sageli peale kuid väldanud sondeerimisi ja loputusi paranevad. Röntgenvaatlused võivad mõnikord eksiteele viia, kusjuures mainitakse diferentsiaaldiagnoosi tähtsust ülalõualuu kongenitaalse osteomüeliidi puhul, mis võib olla põhjustatud ka hambaalge vale asetusest. Pisarateede mädasekretsiooni käsitlemisel juhib tähelepanu sellele, et hulga lihtsate stenooside puhul ei teki mädasekretsiooni, kuna teised jälle sellele kalduvad. Pooldab arvamust, et pisarateede haigustumisel ei tarvitse alati eelkäijaks olla stenoosid, vaid et nad võivad ka iseseisvalt tekkida. Üllatavalt vähe põhjustavad pisarateede mädasekretsiooni akuutsed konjunktiiviidid ja riniidid. Mädasekretsioonides tuleb eristada lihtsaid ja komplitseeritud (näit. luues, tbk., ninakõrvalõõnte haigused jne.).

Dacryocystitis acuta puhul aitab sageli lühilaineravi. Hoitatakse liiga varasest avamisest, kuna võivad järgneda rasked komplikatsioonid (*exophthalmus*, *neuritis n. optici*, *amaurosis*).

Kroonilise pisarakoti haigustumise põhjused: 1) krooniline ninahaigus, mispärast tarvilik ninaarsti läbivaatus, 2) kroonilised konjunktiviidid, 3) stenoosidest stagneeriva vedeliku infektsioon, 4) üldhaigused, eriti luues väikesel lastel, tsk. jne., 5) kroonilised ninakõrvalõõnte, eriti etmoidaalrakude haigused. Viimased etendavad P. arvates peaosa võrreldes teiste põhjusiga, kuid neid on väga raske kindlaks teha. Sondimine pole neil juhtudel ratsionaalne. Konservatiivne ravi soovitav vaid heades elutingimuses elavail patsiendel, teistel operatiivne.

Pisarakoti ekstirpatsioon pole alati ohutu. Blaskovic'si modifikatsiooni kohta ei saa veel P. lõplikku otsust langetada. Pisaranäärme eemaldamist või hävitamist *epiphora* kaotamiseks ei soovita.

Pisarakoti ja ninaõõne vahel otseühenduse tegemiseks soovitab teadaolevaist meetodeist Toti operatsiooni nii kirjanuslikel andmeil kui ka isiklikel teadumusil. Suure tähtsusega on siinjuures eesmise ja tagumise haavaservi, pisarakoti ja ninalimanaha, ühendavad õmblused. Arvestamata operatiivset ravi, soovitab pisarakoti uurise raviks *nekrolysin*'i kepikesti, milledega P. on ühel juhul saavutanud täieliku paranemise.

A r u t l u s.

E. BLESSIG soovitab lõhestada ülemist kanalikest alumise asemel, sest see jääb paremini avali. Rikkaliku sekretsiooni puhul soovitab mõlemaid kanalikesi avada ja neid käärlõikega ühendada. Seega avatakse laialt pisarakoti võlv ja sekretsioon väheneb. Vastsündinute pisarakoti laienemisel võib, kui akuutse flegmoonid tekkimine ei sega, rahulikult äraootavale seisukohale jääda, kuni mõnikord hiljemini iseenesest spontaanne tühjenemine tekib ja seega ka paranemine. Eriliseks õnnetuseks pisarakoti ekstirpatsiooni järel on üksikul juhtudel pimenemine orbitaalse verevalumi tõttu. Bl. on ühel vanainimesel, kes oli mujal opereeritud, seda näinud.

P. AVIZONIS: Vist küll esimesena olen 47. Saksa Oftalmoloogidepäeval Heidelberg'is ja meie esimesel Üldbalti Oftalmoloogidepäeval Riias 1928 silmaarstide tähelepanu sellele juhtinud, et palpebraalse pisaranäärme eemaldamine pole sugugi nii süütu operatsioon, nagu seda mainitakse oftalmoloogia õpperaamatuis. Selle operatsiooni järel tekib mõnikord väga vastupanev ja sageli aastaid kestev kuiv konjunktiviit, sitke, veniva sekreediga ja hulgaliste väikeste sarvkesta epiteeli defektidega, mõnikord isegi laialdane *xerosis conj.* See

ei vasta tõsioludele, kui „Kurzes Handbuch d. Ophthalm. Bd. III, lk. 371“ mainitakse, et minu poolt avaldatud juhtudel esines ikka trahhoom. Et pisaranäärme eemaldamisele järgnevaist komplikatsioonest hoiduda, olen nii Heidelberg'is kui ka Riias ettepaneku teinud, teha pisarakoti ekstirpatsiooni asemel konservatiivsem *dacryocystorhinostomia*. Kaunase Ülikooli Silmakliinikus tehakse viimast operatsiooni üha sagedamini: 1935. a. moodustas *dacryocystorhinostomia* 23%, 1936. a. — 49,4% ja 1937. a. — 63,6% kõigist pisarakoti operatsioonest.

2. BUCK (Pärnu): Lauödeemist.

Autor tutvustab lauödeemidega, mis võivad olla nii lokaalse kui ka üldise iseloomuga, ja nende diagnostilise tähtsusega. Järgneb ühe juhtumi kirjeldus, kus ühel 5-a. poisikesel esines tavalisele ravile mitte alluv lauödeem. Selgus, et see oli põhjustatud läbi parema silma alumise lau naha sissetunginud kärbsevastsest, mille eemaldamisele järgnes kohe paranemine.

Vastse uurimisel Tartu Ülikooli Entomoloogia-instituudis selgus, et oli tegemist *hypoderma bovis*'ega. Parasiit pidi olema väga mürgine, sest esinenud tugevad põletiku nähud pole üksinda seletatavad organismi ülitundlikkusega. Lauödeemid konjunktiivalse ärritusega, suurenenud pisaratevooluga, on alati enamasti toksilise päritoluga.

Tartu Ülik. Silmakliinikus on 1904 E w e t z k y ja 1923 K u r i k s leidnud kärbsevastset silma eeskambris ja seda kirjeldanud. Kas aga tegemist oli *hypoderma bovis*'ega ei saanud K e n n e l absoluutse kindlusega ütelda.

A r u t l u s.

J. UUDELT: Kärbsevastne esineb silmas meil põhjamaades õige harva. Tartu Ülik. Silmakliinikus oleme neid 3 juhul näinud: kahel neist oli vastne eeskambris ja ühel — *bulbus*'e konjunktiivil all. Kirjandusandmeil esineb oftalmomüiaas hoopis sagedamini Lõuna-Euroopas (Balkanil, Itaalias). Diagnoosimine pole ikka kerge, kuna pole võimalik alati vastset otseselt näha. Retsidiveeruvate silmaödeemide puhul selgusetu etioloogiaga tuleb alati mõelda ka oftalmomüiaasile, eriti kui on tegemist lastega.

P. AVIŽONIS: Haruldastele kasuistilistele juhtudele lauödeemide üle lisandan käesolevaga ühe juhu, mida täheldasin mõne aasta eest. Noormehel, kellel raviti kroonilist pisara-

kotipõletikku, oli pisarakoti läbiloputamisel *arg. nitric.* lahusega viimane *per viam falsam* tunginud ümbruskonna koesse. Pats. tursus üles mediaalne silmanurk, alumine laug ja pea-aegu kogu põsk. Nägin seda pats. mõni kuu peale juhtumit ja teinekord ühe aasta pärast. Seisund oli aga ikka endine, tursunud näoosad olid kõvad, ei valutanud ja moondunud.

3. JANSON (Riia): Orbitopalpebraalseist tsüstidest mikroftalmi puhul.

Refer. tutvustab o.-p. tsüstide iseloomu ja geneesi küsimusega ühe 38 a. v. naisterahval alumise lau taga asetsenud tsüsti mikroskoopilise uurimise põhjal. Uudismoodustis koosnes ühest ajupoole suunatud soliidsest väädist ja selle väädi otsas istuvast vedelikuga täidetud õhukese-seinalisest põiest. Soliidne väädi polnud ühenduses sügavas orbitas asetseva mikroftalmilise bulbusega. Ekstirpeeritud kasvaja oli munakujuline $20 \times 13 \times 11$ mm. Nii tsüsti sein, kui ka kompaktned osa koosnesid peamiselt gliakoest. Rakkude ehitus ei erine mitmesuguste aju glioomide omast. Peale selle esines tsüsti seinas voolikutaolisi moodustisi, millede sein koosnes vaid kõrgeist silinderrakkude kihist. Mainitud voolikuid peab J. otsesteks silmapõie resp. medullaartoru jäänuseiks. Oli võimalik jälgida voolikute üleminekut isomorfset ehitatud rakulisele gliale, mis alguses oli ilma ja kaugemal sisaldas peenekiulist vahesubstanti. Leiab väärtuslikku selles, et vaatamata uudismoodustise kandja eaga, veel selle organi algkuju oli alalhoidunud, millest tsüst tekkinud. Peale selle oli võimalik veel jälgida rohkem valminud rakkude arenemist primaarsest arenemisstaadiumist. Ja lõppeks oli näha, et proliferatsiooni võimet sisaldab peamiselt neuroepiteelitoru. Kasvaja healoomsus avaldub mesenühümatsioonil ja skleroseerimisprotsessis, kui ka selles, et ei esinenud infiltreerivat kasvumist ümbruskonna koesse. Neuroepiteeli embrüonaalse kuju säilimises manifesteerub aga võrkkesta glioomi pahaloomsus, kuna selle põhivormi üleminek valminumaiks rakeks osutab uudismoodustise healoomsust, nii o.-p. tsüstide kui ka teatavate aju glioomide suhtes.

O.-p. tsüstid tulevad arvata nende väär moodustiste hulka, mis tekkinud medullaartoru mittetäielikust sulgumisest ja sellele järgnevast puudulikust diferentseerumisest. Sääraste düsraafiliste arenemishäirete hulka kuulub ka *rhachischiasis (spina bifida)*, sürengomüelia. Analoogsed o.-p. tsüstidele on ajus teatud väär moodustised ja tuumorid, mis on arenenud

vatsakese-ependüümi ülepöördekohtadel ja mis kuuluvad glioomide hulka. Tsüstide moodustamise põhjuseks silmas on silmakarika veere duplikatuurid.

4. J. SUURKÜLA (Tartu): Bakterioloogilise leiu hindamisest konjunktiviitide puhul.

Kui konjunktiviidi puhul isoleeritud mikroobide hulgas ei leidu konjunktiviile eriti infektsioosset mikroobi, nagu on seda Koch-Weeks'i batsillid, Morax-Axenfeld'i diplobatsillid ja gonokokid, siis on sageli õige raske otsustada, milline isoleeritud mikroobidest on vastava konjunktiviidi põhjustaja. Ühe mikroobiliigi suuremahuline esinemine võrreldes teisega ei pruugi olla alati mõõduandev konjunktiviidi etioloogia hindamisel. Stafülokokke leiame näit. sageli konjunktiviitide puhul massiliselt, kuid ometi kaheldakse, kas nad ka iseseisvaid konjunktiviite põhjustada võivad.

Konjunktiviitide hindamine bakterioloogilise leiu põhjal teeb veel labiilsemaks see asjaolu, et normaalkonjunktiviivi ja epideemilise iseloomuta konjunktiviitide bakterioloogiline leid üksteisest oluliselt ei erine. Võib olla tõenäone, et mitmesugused saprofüütidena normaalkonjunktiviivil elavad mikroobid (pneumok., streptok. jne.) konjunktiviitide puhul esinevad samuti saprofüütidena, larveerides vähemalt real juhtudel õige tekkimispõhjuse. Seda enam veel, et konjunktiviil saprofüütselt elavate mikroobide poolt toimub Ramoni jt. järgi selle immuniseerimine.

Kuid millal võime üldse ühte või teist mikroobi lugeda konjunktiviidi tekitajaks? Axenfeld'i arvates võime kaudis julgesti siis konjunktiviidi teatava mikroobi arvele panna, kui neid esineb sekreedis rohkesti, massiliselt. Lindner'i järgi on tingimata tarvis epiteelikaabet uurida, kusjuures konjunktiviidi tekitajaks tohib vaid siis mikroobi lugeda, kui neid leidub hulgaliselt värsketel epiteelrakkudel. Ei tohi aga unustada, et sellega kindlakstehtav epiteeliparasitism on ainult fagotsütoosi näht, mis ei võimalda eraldada veel saprofüütseid mikroobe mitesaprofüütseist. Seepärast pole ka põhjendatud, seda nii absoluutselt aluseks võtta konjunktiviitide bakterioloogilis-etoloogilisel hindamisel. Kõige kindlamaks meetodiks tuleb kahtlemata pidada mikroobide kasvatamist söötmeil, kuna siis võime kahtlusealust mikroobi kultiveerida, tema virulentsust ja teisi bioloogilisi omadusi uurida. Kuid ka siin võivad eksimisvõimalused esineda.

Kokku võttes näeme, kui raske on igakord hinnata bakterioloogilist leidu konj. puhul, mistõttu on võimalik, et senini

rida bakteriaalse genesiga peetud konjunktiivitidest on hoopis mõnel muul alusel arenenud.

A r u t l u s.

PICK: Leiab referaadi väärtuslikku rakendust ettevalmistamisel intraokulaarseiks operatsiooneks, eriti katarakti operatsiooneks. Kogu äigepreparaadi meetod näib selle järgi väärtusetu olevat. Mikroobidest puhastamiseks soovitab P. mitte tunduvalt altereeritud konjunktiivil puhul 24—26 tundi mähist 2% *hydrarg. praecipit.* salviga. Uuemal ajal ka *biseptol'i* (optohiini ja rivanooli kombinatsioon õlises lahus) instillatsioon kolm korda peevas.

E. BLESSIG: Meenutab seda referaati, milles **U h t h o f f** juba 40 aasta eest rahvusvahelisel meditsiinilisel kongressil Moskvas 1897 käsitles konjunktiivil ja konjunktiivitide bakterioloogiat. Küsimust, kas kliinilisest pildist võib otseselt järeldada tekitajat, pidi ta siis (peale üksikute erandite, nagu näit. *conj. gonor.*) eitama. Näib, et tänapäev, seega 40 aasta järel, seisund pole teissugune.

ELKES: Teie olete ka oma poolt täheldatud konjunktiivitide puhul tekitajana pneumok. leidnud. Kas olete ka tüüpide määramist teinud ja kas on Teie vaatlusmaterjalil tüüp IV saprofüütseks osutunud? Kas esinevad ka tüüp I—II normaalsel konjunktiivil?

SUURKÜLA (lõppsõna): (**B l e s s i g'ile**) Kliinilisest pildist ei saa ka tänapäev järeldada, millised mikroobid on vastava konjunktiividi põhjustanud. (**E l k e s'ele**) Pneumokokkide tüüpe pole määratud, kuid kirjandusest nähtub, et tüüp I—IV esinevad normaalsel konjunktiivil peaaegu sama sagedasti kui põletikuliste protsesside puhul.

5. O. KURIKS (Tartu): Trahhoomi sagedusest Eestis.

Vanemast kirjandusest nähtub, et Eestis on trahhoomi olnud juba XIX sajandi alul. **A d e l m a n n'i** andmeil oli 1805—1842 Tartu Ülik. Kirurgiakliinikus 4740 silmahaiget, nende seas 2900 (61,12%) trahhoomihaigeid. 1843—1867 oli samas kliinikus 50,6% trahhoomihaigeid. **O e t t i n g e n'i** järgi oli 1868—1870 Tartu Ülik. Silmakliiniku haigeist 41% trahhoomihaigeid, 1871—1878 langes nende arv 38,51% ja 1889 — 30,3%.

1856—1859 uuriti **O e t t i n g e n'i** ja **S a m s o n - H i m m e l s t i e r n a** juhtimisel 317 415 elanikku. Seejuures leiti meeste hulgas 0,7% trahhoomihaigeid ja naiste hulgas 1,5%.

1906—1907 esines O t t a s'e uurimuse järele Tartu maakonnas Ülik. Silmakliiniku andmeil 29% trahhoomihaigeid.

K u r i k s'i uurimiste järele leidus Tartu Ülik. Silmakliiniku andmeil trahhoomihaigeid: 1920 — 9,27%, 1922 — 9,68%, 1921 — 10,6%. Kokku oli nende 3 aasta vältel registreeritud 6673 pats., mehi 3449, naisi 3224. Nende seas trahhoomihaigeid mehi — 269 (7,8%), naisi — 389 (12%), kokku — 658 (9,86%) trahhoomihaiget. Samas kliinikus trahhoomihaigete arv 1935—1937 oli 8,7 kuni 9,3%.

1923 vaatas ref. läbi Tartu koolides 9544 õpilast, 4569 poissi ja 4975 tütarlast. Sealjuures oli trahhoomihaigeid 77 (0,8%), poisslapsi 28 (0,61%) ja tütarlapsi 49 (0,98%). Samades koolides 1934—1937 leidus 0,22% trahhoomihaigeid. Tartu vanadekodus vaatas ref. läbi 235 hoolealust, kelledest mehi 60, naisi 175. Nende hulgas leidus trahhoomihaigeid mehi 10% ja naisi 20%. Soopoolte järgi otsustades esineb naistel rohkem trahhoomi kui meestel.

Üldiselt võib ütelda, et trahhoomihaigete arv Eestis väheneb.

6. ELKES (Kaunas): Kiiritusravist silmahaigusteaduses.

Peale lühikest sissejuhatust röntgeni- ja raadiumikiirte iseloomust peatub refer. nende füüsikalisel ja bioloogilisel toimel kudedesse. Ravimisel kasutame peamiselt kiirte rakkehävitavat toimet. Kiirte tekitatud kahjustused on lõppreaktsioonid, milledega kude reageerib ärritusile. Samad lõppreaktsioonid ei anna aga otsesest võimalust järeldada vahereaktsioone, mis seisavad otseselt kiirte primaarse mõju ja täheldatava lõppreaktsiooni vahel. Tekkinud koe lõppreaktsioonide põhjuseks (näit. kasvajate taandareng) on tõenäoselt toksiline või mingisugune farmakoloogilis-füsioloogiline rakkude laostusproduktide toime (R a j e v s k y).

Edasi annab refer. ülevaate kiiritusravi edusammudest viimaseil aastail oftalmoloogias. Saksamaa on sel alal, eriti Königsbergi silmakliinik (B i r c h - H i r s c h f e l d, H o f f m a n n, R o h r s c h n e i d e r) tunduvalt kaasa aidanud. Kuigi rea silmahaiguste alal kiiritusravi edust räägitakse, on siiski kasvajakasv selle ravimeetodi domeeniks. Laugude angioomid ja epiteliomid on siin tänuväärne ala. Laukartsinoomide puhul on soovitatav võimalikult põhjalikult opereerida ja siis veel kiiritada, sel teel õnnestub hoiduda retsidiividest. Ühepoolse glioomi puhul tuleb silm õigeaegselt enukleerida ja siis veel kiiritada. Kui on põhjendatud kahtlus intraokulaarse kasvaja

pahaloomususe suhtes, tuleb silm eemaldada. See on ainuke ravi. Kiiritada tuleb ainult kasvajate metastaaside juhtudel silma, eriti nisavähkide puhul. Orbitakasvajate puhul pole teada kindlat, jäävat edu kiiritamise järel. Hüpfüüsikasvajate korral on kiiritusravi mainimisväärt väiksema riisikoga seotud kui operatsioon. Refer. on Thiel'iga ühel arvamusel, et nägemisvälja üha areneval laostumisel ja algaval nägemisnärvil kõhetumisel, peab kirurgiliselt vahele segama. Tuberkuloosi puhul on kiiritusravil edu sõlmja iriidi puhul. Alati aga tuleb koos töötada juba kogenud, teoreetilise ja praktilise kooli saanud kiiritusterapeutidga.

II koosolek 3. septembril p. l.

Juhatab: prof. E. Janson (Riia).

Kirjatoimetajad: J. Suurküla ja H. Kohler (Tartu).

1. BALOD (Riia): Retina tsüstidest.

Refer. teatab kahest võrkkesta irdumisega *retina* tsüsti juhust, mil silmad ei olnud lühinägevuslikud. Ühel juhul oli tsüsti asetus lateraalselt, üsna *ora serrata* juures. Vertikaalses suunas oli selle tsüsti suurus 4 ja horisontaalses suunas $2\frac{1}{2}$ papilliläbimõõtu. Tsüst oli liikumatu, läbipaistev ja terava piirjoonega. Lateraalsel küljel leidus tsüstil kaks $\frac{1}{2}$ papilli läbimõõdu pikkust rebendit. Nivoodiferents tsüsti ja *papilla n. optici* vahel oli 15,0 dptr. Teisel juhul oli tsüst all *ora serrata* juures, samuti liikumatu, ümmarik, läbipaistev ja 4 papilliläbimõõdu suurusega. Perifeerselt tsüstist oli näha 6 papilliläbimõõdu suurust *ora* rebendit. Mõlemal juhul oli tsüsti ümbruses *retina* tugevasti tsüstoidselt degenererunud. Operatiivselt õnnestus esimesel juhul diatermokoagulatsiooniga tsüsti hävitada, võrkkesta rebendit sulgeda ja *retinat* tema alusega liita. Teisel juhul tuli operatsiooni korrata, kusjuures võrkkesta tsüst hävitati küll, aga lamedat võrkkesta irdumist ei õnnestunud kaotada. Refer. arvates on tsüstide tekkimise põhjuseks võrkkesta raskeloomune toitehäire.

2. P. AVIŽONIS (Kaunas): Rebendita võrkkesta irdumise prognoosist.

Kui autor käesoleval juhul teatab rebendita võrkkesta irdumise juhtudest, siis pole sellega veel mõeldud, nagu poleks tõeliselt rebendit olnud, vaid et rebendit pole neil juhtudel leitud. Kaunase Ülik. Silmakliiniku statistika järgi esines võrkkesta irdumist ilma rebendita 26,5% kõigist opereeritud

võrkkesta irdumise juhtudest. See arv on aga aegamööda vähenenud. 1. seerias 29-st opereeritud juhust (refereeritud juba Riias IV Oftalmoloogidepäeval) oli 34,5% juhtudest ilma rebendita ja 2. seerias 39-st juhust ainult 20,5%. Gruppeerides kõik juhud võrkkesta irdumise vältuse järgi, selgub, et värskeil juhtudel rebendit ei leitud ainult 7%, vanemal juhtudel, vältusega 3 nädalast kuni 3 kuuni 33% ja veel vanemal juhtudel 60%. Sellest nähtub, et mida vanema võrkkesta irdumisega tegemist, seda vähem on väljavaateid rebendi leidmiseks. Kõigil juhtudel tarvitati opereerimisel diatermilist koagulatsiooni (skleera pindmist koagulatsiooni ja torkeid). Keskeltläbi saadi positiivseid resultaate 50% kõigist opereeritud juhtudest. Värskeil juhtudel vältusega kuni kolm nädalat, oli paranemisi 73,9%. Kahjuks aga moodustasid värsked juhud vaid vaevalt ühe kolmandiku opereeritud juhtudest. Rebindita võrkkesta irdumise juhtude rühmas saadi paranemisi 50%, just sama palju, kui rebendiga juhtude rühmas. Ka siin saavutati värskeil juhtudel suurema arvu paranemisi kui vananenud juhtudel. Paranenud juhtude hulka pole arvatud neid, kus esines vaid seisundi vähene paremaks muutumine, mida tuli ette keskmiselt 16% kõigist juhtudest ja samuti jagunes võrdselt nii rebendiga kui ka rebendita juhtude vahel. Mõne kuu kuni mõne aasta pärast tehtud järelkontrollimisist järgneb, et umbes pool kõigist mitte täiesti paranenud juhtudest osutus paranenuiks ja teine pool — mitte paranenuiks. Seega ei erine Kaunase Silmakliiniku andmeil rebendita võrkkesta irdumise prognoos oluliselt rebendiga irdumisest. Suure tähtsusega võrkkesta irdumise prognoosis on haiguse vältuse aeg. Seepärast on tarvilik võrkkesta irdumise juhud võimalikult varakult kliinikusse saata.

3. J. UDELT (Tartu): Võrkkesta irdumise ravi kogemusist meil diatermilise koagulatsiooniga.

Viimase kolme aasta jooksul oli Silmakliinikus ravimisel 21 statsionaarset haiget võrkkesta irdumisega. 17-nest primaarse võrkkesta irdumisega haigest raviti 13 haiget diatermilise koagulatsiooniga ja neli haiget konservatiivselt. Viimaseist paranes ainult üks ja nimelt lamamise tagajärjel. Vanuselt oli 9 haiget 18—40 ja 4 haiget 41—72 a. v. Naisi oli ainult 2, ülejäänud 11 olid kõik mehed. Müoopia esines 6 juhul ja emmetroopia resp. kerge hüperoopia 7 juhul. Haigusutumise põhjusina mainisid 13-nest haigest 6 otsest silmamuna traumat või jälle tugevat kehalist pingutust kohe enne võrkkesta irdumise tekkimist, nagu kivi killu silma vastu karga-

mist, puru silma sattumist ja sellele järgnevat sõrmega hõõrumist, kändude juurimisel pingutavat tõstmist, kummardamist ülesküntud rohu kamara mätaste ümberpöörämisel, jalgrattalt äkilist kukkumist jne. Võrkkesta rebendeid leiti 8-al haigel kolmeteistkümnest: 5 korral kuue müoopilise ja 3 korral seitsme emmetroopilise resp. hüperoopilise refraktsiooni puhul. Viimased 3 olid vanemad inimesed. Järelikult, müopia ja vanadus soodustavad võrkkesta irdumist silmamuna otseste traumade ja kehaliste pingutuste tagajärjel. Ravi tulemused olid täiesti rahuldavad, kuna 13-dest diatermiliselt ravitud võrkkesta irdumisest paranesid 10 silma, 2 ei paranenud ja üks näitas väga vähest paranemist. Viimased 3 juhtu olid aga sarnased, kus juba enne operatsiooni võis arvata, et operatsioon võib vaevalt tagajärge anda, sest tegemist oli kaua kestnud ning üldise võrkkesta irdumisega. Ka oli ühel neist võrkkest äärmiselt atrofeerunud. Operatsioon võeti neil juhtudel ette kui viimane päästmisabinõu.

Arutus.

AJO (Helsingi): Ma tahaksin mainida siin meetodit, mida viimasel ajal Helsingi Ülikooli Silmakliinikus on kasutatud neil juhtudel, kus oli võrkkesta rebend leitud. See on abimeetod, mis kindlustab, et *sclera*'l saaks võrkkesta rebendile vastav õige koht koaguleeritud. Rebendi piirkonnas *sclera* paljastamise järel harilikul viisil avatakse konjunktiiv, 5—7 mm *limbus*'est, rebendile diametraalselt vastaspoolsel meridiaanil, tehakse seal kohas kaenoaga kihtide viisi *sclera*'st tiluke läbilõige ja pistetakse viimasest hästi peenikese nõelaga silmamunasse, nii et viimane tuleb klaaskehas nähtavale. Otsestes pildis oftalmoskoopides juhatakse nõel võrkkesta rebendi kohale, pistetakse viimasest ja sellele vastavast *sclera*'st puurides läbi. Nõela tipp näitab õiget rebendi kohta *sclera*'l. Nüüd lõigatakse nõela tõmp ots ära, et võimalik oleks *bulbus*'t keerata sarnaselt, et nõela tipp tuleb nähtavale. Viimase ümbrus koaguleeritakse, mille järel nõel tõmmatakse välja. Meetodi leiutaja V a n n a s (Helsingi) on esinenud selle üle Kopenhaagenis käesoleval suvel Skandinaavia oftalmoloogide kongressil referaadiga.

PICK (Klaipeda) juhib tähelepanu sellele, et 0,5 ccm omavere subretinaalne injektsioon annab mõnikord häid tagajärgi. Ühel ruptuurita *ablatio* juhul (umb. $\frac{1}{3}$ võrkkestast irdunud, suur põis, vis. = $\frac{1}{4}$) nägi P. jäävat paranemist.

P. AVIŽONIS (Kaunas): Ühel traumalisel võrkkesta irdumise juhul leidus võõrkeha klaaskehas, asetsedes vastu võrkkesta, ja oli põhjustanud laialdase, lameda võrkkesta irdumise. Rebendit polnud leida. Peale võõrkeha asendi kindlaks määramist *C o m b e r g'i* järgi, eemaldati võõrkeha (raua kild $1,5 \times 1,5 \times 0,5$ mm) käsimagnetiga 14 mm *limbus*'est tahapoole tehtud skleera haava kaudu. Et võõrkeha eemaldamisel paratamata tuli ka võrkkesta vigastada, mõjustati skleerarat irdumise piirkonnas enne skleerasse löike tegemist diatermiliselt koaguleerides ja torkeid tehes. Kohe peale võõrkeha eemaldamist võis näha võrkkesta haava. Kiire paranemine.

JANSON (Riia): Ei jaga arvamust, nagu peatraumad poleks vallastavaks põhjuseks võrkkesta irdumisel. Kolm silma, kus oli tekkinud irdumine kõva eseme põrkamise järel vastu pead, olid peale selle lühinägevuslikud. Noorureil võime täheldada võrkkesta irdumist ühepoolsete silmapõhjamuutuste puhul. Samuti nagu müoopilisisilmades pole silma pikergune ehitus otsustav, vaid põhjamuutused, mis sarvkesta armikeste kõrval juhivad tähelepanu enamasti varases nooruses läbipõetud oftalmiatele, mis lühinägevuse patogeneesis etendavad suurt osa. Katalüüsi pean soovitavaks ainult lokalisaatsiooni vahendina.

ELKES (Kaunas): Juhib tähelepanu praksises ettetulevaile raskusile. Ühelt poolt soovitatakse võrkkesta irdumist võimalikult vara opereerida, mitte ootavale seisukohale jääda, sest mida varem opereeritakse, seda paremad on väljavaated paranemiseks. Teisest küljest aga esineb juhte, kus võrkkesta irdumine paraneb spontaanselt voodis lamades 2—3 nädalat. Ta ise on hiljuti ühel juhul näinud 8,0 D. müoobil järsu võrkkesta irdumise (rebendit polnud leida) paranemist 14-päevase lamamise järel. Ka nägemisvõime tuli tagasi. Ühe aasta vältel pole retsidiivi tulnud.

UUDELT (Tartu): Disponeeritud silmades, õhukese võrkkestaga ja klaaskeha muutusiga, etendab nii trauma kui ka kehaline pingutus kindlasti võrkkesta irdumises vallastavat osa, nagu seda ka meil esinenud juhtudest nähtub. Kahtlemata võime meie oma haigete andmeid usaldada, sest et meie haiged ei kuulunud haiguste vastu kindlustatute hulka.

SCHMIDT (Tallinn): Mainib, et kirjandusest on teada mõned juhud, mil täheldatud äkilist võrkkesta irdumise tekkimist vanemal inimesil tugeva pressimise puhul obstipatsiooni korral. Näib, et äkiline verepais peas on selle põhjuseks.

V. AVIŽONIS (Kaunas): Kaunase Silmakliinikus tarvitatakse eduga rebendi koha projitseerimiseks skleerale

silma läbivalgustamist peegliiga. Peale skleera lahtiprepareerimist operatöör oftalmoskopeerib ümberpööratud pildis ja annab ruptuuri koha leidmisel märku assistendile, kes kogu aeg on jälginud valgusetäpi liikumist skleeral ja märgib ruptuurile vastava koha tuššiga. Selle meetodiga võimaldub rebendit kogu ulatuses skleerale kanda, olles iseenesest lihtne, kerge käsitleda ja küllaldaselt täppis. Mõnikord siiski satub ka selle meetodiga raskusile, eriti kui rebend asetseb tempo-raalsel poolel perifeerias või kaugel taga. Esimesel juhul takistab patsiendi nina oftalmoskopeerimisel ja teisel — pole võimalik valguselaiku skleeral jälgida, isegi mitte Arruga lusika kasutamisel.

SUURKÜLA (Tartu): Kuna ühelt poolt ei järgne kaunis tugevaile traumadele võrkkesta irdumine, on teisest küljest teada, et üsna kerged traumad võivad seda vallastavalt mõjuda. See seletub peamiselt võrkkesta seisundiga: degeneratiivsete võrkkestade puhul, nagu seda sageli müoopidel näeme, on ka dispositsioon rebendi tekkimiseks suurem, mispärast sel puhul ka üsna kerged traumad võivad seda esile kutsuda.

4. APIN (Riia): Glaukoomi probleemist Lätis.

Glaukoom pimeduse põhjusena etendab kogu maailmas õige tähelepanuväärt osa. Üksikuis riikides varieerub siiski kaunis tugevasti glaukoomi läbi pimenenute arv, alates pimedate arvust 0,8% Austraalias kuni 27% Egiptuses. Lätis moodustab glaukoom pimedate arvust 16,9%. Ülikooli Silmakl. haigematerjali põhjal, mida olen täiendanud oma erapraksise haigematerjaliga, kõigub glaukoomihaigete arv u. 2% ümber teiste silmahaiguste arvust. Iga aasta tuleb u. 80 uut glaukoomihaiget ravile. Sotsiaalsest seisukohast on eriti tähtis, et glaukoom ei taba ainult vanemaid inimesi, vaid ka neid, kes on veel kõige paremas elueas ja võrdselt nii mehi kui naisi. Igatähes kasvab kõrgemas eas ka haigustumiste arv. Nii haigus- tus iga 100 000 elaniku kohta 30—39 a. ealistest 7 isikut, 40—49 a. ealistest 23 isikut, 50—59 a. ealistest 85 isikut, kusjuures haigustumiste arv tõuseb rapiidselt 252 isikule 60—69 a. vanuses ja 501 isikule 70—79 a. vanuses.

Et meie õieti midagi ei saa teha glaukoomist hoidumiseks, tuleb kõige suuremat rõhku panna glaukoomihaigete ravimisele. Ravitulemused sõltuvad aga esmajoones silma seisundist, millega ravile tullakse. Meie haigematerjali järgi, mis haarab 1046 glaukoomihaiget, tuli ravile 86 isikut juba absoluutselt pimenenud silmadega, 568 isikul (54,3%) oli juba esmakordsel läbivaatusel üks silm täiesti pime. Ka kõi-

gil teistel ülejäänuil oli nägemisteravus või nägemisväli rohkem või vähem kahjustatud ja ainult 27 isikul (2,6%) leidsime kahjustamata nägemisteravuse ja vaatevälja.

Etteoodud olukorda arvestades pole see üllatuseks, et glaukoom etendab nii suurt osa pimeduse põhjustajana. Arstikunst, ka kõige parem ravimisviis, ei anna tagajärgi, kui glaukoomihaige tuleb liiga hilja ravimisele. Meie ei täheldanud ainult nende haigete juures ravi vältel pimenenute juurdekasvu, kellele nägemisteravus ravi alustamisel oli vähemalt 0,5.

Need lühidalt skitseeritud tõsiasjad näitavad, et glaukoomi kui pimeduse põhjustaja vastu edukaks võitlemiseks tuleb meie tööd 2 erisihis rakendada: 1) glaukoomihaigete ravi jääb ainult silmaarstide ülesandeks, kuid üksinda sellega saavutatakse vähe, kui haiged mitte õigeaegselt arsti üles ei otsi; sellest järgneb, et 2) tuleb laiemaid rahvahulkasid valgustada glaukoomihaiguse ohtlikkusega, et saavutada suuremat ettevaatust silmade suhtes ja sagedamat arsti visiteerimist. Siis paljud glaukoomihaiged tulevad hulga varemini ning õigeaegselt silmaarsti juurde. See on ülesanne, kus pimenemisest hoidumiseks natsionaalsed ühingud võivad arendada õnnistusrikast tööd.

5. S. VOOREMAA (Tartu): Primaarse glaukoomi ravist Tartu Ülikooli Silmakliinikus 1934—1937.

Refer. annab esiteks ülevaate primaarse glaukoomi medikamentoosest, operatiivsest ja üldisest ravist. Selle järel peatub primaarse glaukoomi ravil Tartu Ülik. Silmakliinikus. 1934—1937 oli Silmakliinikus ravil 72 glaukoomihaiget 117 glaukoomihaige silmaga, neist *glaucoma spl. chr.* 72, *glaucoma inflam. chr.* 3, *glaucoma inflam. ac.* 9 ja *glaucoma abs. dolor.* 34 silma. Järelkontrollimist sai teostada 49 haigel 79 glaukoomsilma, milledest oli 52 silma *glaucoma spl. chr.* koos *glaucoma inflam. chr.*, 8 *glaucoma inflam. ac.* ja 19 *glaucoma abs. dolor.* Järelkontrollimise ajani oli möödunud 1—4 aastat ravi alustamisest.

Glaukoomihaigete ravil oli kasutatud nii medikamentooset kui ka operatiivset ravi. 16 *glaucoma spl. chr.* juhul oli tehtud *cyclodialysis* (Heine). Neist 15-nel toimetati järelkontrollimist, kusjuures häid jäävresultaate leiti 12 juhul, kuna 3 juhul resultaat jäi negatiivseks. Heaks jäävresultaadiks loeti seda, kui *vis.* ja vaateväli ei osutunud vähemaks esmakordsel uurimisel leitust ja silmarõhk kõikus normaalspiires, vastupidisel korral aga negatiivseks. 3 *glaucoma inflam.*

ac. puhul tehti tsüklodialüüs, millest aga kaks andsid järelkontrollimisel negatiivse resultaadi. Negatiivse resultaadi andis ka tsüklodialüüs ühel *glaucoma abs. dolor.* korral. Tsüklodialüüsile järgnevaist komplikatsioonidest võiks nimetada ühel juhul katarakti tekkimist, teisel juhul ei järgnenud rõhu alanemine ja nägemine langes 0,1-elt sõrmede lugemiseni 1 m kauguseni. 3 kuud hiljemini enukleeriti see silm suurte valude pärast.

Iridektoomia tehti 11 erineva glaukoomivormiga silmal, milledest oli võimalik järele kontrollida 7. Hea jäävresultaat esines vaid ühel *glaucom. spl. chr.* juhul.

Ülejäänud glaukoomihaiged raviti medikamentooselt (pilok., eserin. *physostol*), kaasa arvatuna mõned *glaucoma abs. dolor.* juhud, mil silm enukleeriti. Üldjoontes peab mainima, et medikamentoosse raviga ei saadud pikemaajalist head resultaati, milles on osalt süüdi ka haiged, kuna nad ei pidanud antud juhtnööridest täpsalt kinni. Operatiivseist meetodeist tuleb valiku meetodiks pidada tsüklodialüüsi, sest sellega on saadud kõige rahuldavamaid tulemusi. Viimane asjaolu nähtub nii kirjandusandmeist kui ka Tartu Ülikooli Silmakliiniku teadumusist.

6. JUSCHKEVITSCH (Kaunas): Glaukoomiga komplitseeritud exophthalmus pulsans.

Ref. teatab 2 glaukoomiga *exophthalmus pulsans*'i juhust. Neist ühel juhul oli tegemist 55 a. naisterahvaga, kes keldrist lahkudes kukkus põrandale ja sai sealjuures raskesti peast põrutada. 3 kuud peale kukkumist leiti järgmine seisund: *ptosis traum. oc. sin., exophth. pulsans* 20 mm, silmarõhk 37—39 mm/Hg., *vis.* 0,3. Auskulterides oli vasemal pool küljel kuulda otsmiku- ja oimupiirkonnas pulsiga sünkroonset kähinat. Raviti konservatiivselt: *art. carotis com.* rõhumine, vaikselt lamamine, lokaalselt — rõhumähis, pilok. ja eseriin. Rõhulangetamiseks tehti iridektoomia. Silm jäi kõvaks, eeskamber täis verdunuks ja nägemisteravus vähenes veel rohkem. 12—13 päeva peale iridektomeerimist tehti kornea paratsentees, mille järel rõhk langes 22 mm/Hg., sarvkest selgines, pea- ja silmavalud lakkasid. Patsiendi kliinikust lahkumisel soovitati tal võimalikult sageli ja võimalikult kaua *art. carotis comm. rõhuda*; silma tilgutamiseks — pilokarpiin-eseriin. Nüüd 2 aasta pärast leiti järelvaatusel *catar. complic. in oculo glaucomat.*, *vis.* = O, *tensio* 35—41 mm/Hg. Kohisemine peas ja eksoftalmus on kadunud.

Teisel juhul oli tegemist 43 a. v. mehega, kes kliinikusse vastuvõtmisel seletas, et tema naaber on talle kuu aja eest teibaga vastu pead löönud. Pats. oli kohe teadvuse kaotanud. Vasemast kõrvast olla verd joosnud, ka on hakanud kõrvades kohisema. 2 näd. pärast on silm ette punninud ja nägemine nõrgenenud. Läbivaatusel leiti järgmist: *exophthalmus* (*od—os*), *chemosis conj. bulbi*, *tensio oc. d.* 35 mm/Hg. Parema silma pupilli tsentrumis osaline ekskavatsioon. Võrkkesta veenid laiienenud ja pulseerisid väheldaselt. Stetoskoobiga kuulatledes oli kuulda kogu peas pulsiga sünkroonset kahinat, mis katkes *art. carotis commun.* litsudes. Ka seda juhtu raviti *art. carotis commun.* kompressiooniga.

Ettetoodust nähtub, et mõlemad juhud raviti konservatiivselt, sest patsiendid ei soovinud opereerida lasta (*ligat. art. carot. commun.*). Esimesel juhul tekkis enesetunde paranemine *sinus cavernosus*'e tromboosi tagajärjel, ka kadusid teised nähud (kahin peas ja eksoftalmus), silm aga pimenes glaukoomi tõttu. Teisel juhul pole senini paranemist märgata.

A r u t l u s.

RIESENKAMPPFF (Riia): Juhib tähelepanu nähtavasti vähest rakendust leidnud operatsioonile, mida ta on umb. 2 aastat ligikaudu 12 juhul heade tagajärgedega kasutanud mitmesuguste glaukoomivormide, kõige rohkem *glauc. spl.* puhul. Kõnes on *iridectomy ab externo* S a l z m a n n'i järgi, kus konjunktiiv prepareeritakse lahti nagu E l l i o t'i puhul ja eeskamber avatakse pikkamööda saagivate lõikega *sulcus*'es 5 mm pikkuselt, perifeerne iridektoomia kääridega W e c k e r'i järgi, tehes kas ainult perifeerse iridotoomia või kõrge rõhu puhul totaalse koloboomi. Operatsiooni headuseks on see, et eeskambrivedelik jookseb pikkamööda, rõhk langeb aegamööda ja et iridektoomia toimub üsna perifeerselt. Ka üsna kitsa vaateväljaga, deletaarse glaukoomi puhul pole R. komplikatsioon näinud. Elliot'i operatsiooni peab R. möödapääsemata tarvilikuks *glauc. spl.* puhul, kui tensioon on üle 35—40 mm/Hg, ja *glauc. inflam. chr.* juhtudel, kui pole komplikatsioon karta konjunktiiv, pisarakoti ja laugude poolt.

APIN (Riia): Mitmesuguste glaukoomi ravimeetodite hindamisel on tingimata tarvilik lõppresultaate vaadelda sõltuvuses silma seisundiga ravi alustamisel. Nagu omas refer. mainisin, on glaukoomiravi lõppresultaat paljudel juhtudel sõltuv silma seisundist, aga mitte ravimisviisist kui niisugusest. Mida parem on silma seisund ravi alul, seda paremaid

väljavaateid on iga ravimisviisi puhul. Edasi juhib tähelepanu *doryl'*ile, kuna paljudel juhtudel, kus pilokarpiin ei toimi, sellega saavutatakse rõhu langus.

Kas ravitakse medikamentoosselt või operatiivselt, oleneb täiesti juhust endast. Ühte aga peab mainima: iga glaukoomihaige peab alatiselt arstilisele kontrollimisele jääma, muidu on lõppresultaadiks ikkagi absoluutne pimedus.

SUURKÜLA (Tartu): Tsüklodialüüsi järel langenud silmarõhk võib kiiresti ja äkki uuesti tõusta, mispärast sageli tuleb tonometreerida ja miotikumidest ka mitte madala rõhu puhul loobuda.

BLESSIG (Tartu): Mida võib nimetada „eduks“ glaukoomiravil? Kas mõistetakse sellega ainult jäädavat silmarõhu allaviimist või jäädavat nägemisvõime säilitamist? Need on kaks iseiasja, millede järgi ka „edu“ ravimise puhul peab erinevalt hindama. Üldjoontes võib öelda, et need glaukoomid, mis reageerivad hästi miotikumidele, ka operatiivsel ravil annavad parema prognoosi. Seevastu halva prognoosiga meelestuvad vaid need juhud, kus vaatamata pupilli heale kitsemisele miotikumide toimel rõhk vastavalt ei langenud. Sääraseis silmades pole loodetavasti pupillilaius mitte mõõduandev rõhu tõusmises.

VOOREMAA (Tartu): Ma olen arvamusel, et glaukoomihaigeid peab alatiselt arstilise kontrolli all pidama. Ma soovitan selle peale vaatamata tsüklodialüüsi kui mitte ohtlikku operatsiooni, kuna sellega enamikul juhtudel rohkem saavutatakse kui konservatiivse raviga, eriti neil juhtudel, mil pats. ettekirjutatud pilok.-eseriinravi ei vii järjekindlusega läbi.

III koosolek 4. septembril.

Juhatab: prof. J. U d e l t (Tartu). Kirjatoimetajad:

J. S u u r k ü l a ja H. K o h l e r.

1. V. AVIŽONIS (Kaunas): *Capillaropathia retinalis*.

Autor käsitleb vereringe häireid võrkkesta kapillaarides ja sellest tingitud muutusi võrkkestas. Elektrilise oftalmoskoobiga võib neil juhtudel näha *macula lutea* või selle lähemas ümbruses kollakaid või kollakas-valgeid mooni- või kanepitera suurusi täppe. Nad eelistavad grupeeruda piki peeneid veresooneid ja laatuivad mõnikord ebamääraseiks laikudeks.

Sääraseid täppe täheldatakse ka *glaucoma spl.*, *thrombosis* ja *spasmus arteriae centr.* juhtudel, juhtides meie tähelepanu puudulikule vereringele teatud võrkkesta kapillaarides. Seda haiguspilti kirjeldatakse kirjanduses mitmesuguste pealkirjade all (Gunn'i täpid, *retinitis centralis capillarospastica Horniker*, *capillarite retinienne Baillart*, *retinosis Cattaneo*). Neile kollakas-valgeile täppidele ei tule vaadata kui põletiku-produktile, vaid need on lakuunid, õõnsused võrkkestas, tekkinud väikesist nekroosipesadest (*ramollitio retinae*), mis omakorda sugenevad spastilise või anatoomilise kapillaaride ja prekapillaaride sulgumisest tingitud puudulikust toidujuurdevoolust selles piirkonnas. Autor soovitab seepärast neid võrkkesta muutusi nimetada iseloomustava nimetusega: *capillaropathia retinalis*.

Analoogsed protsessid võivad ka ajus esineda, mispärast säärase võrkkestamuutusega inimesil võivad ajufunktsioonides ärajäämanähud tekkida, nagu mälu nõrgenemine, iseloomumuutused, lühiajalised peapööritused, kuulmisteravuse langus jne.

Arteriolite ja kapillaaride spasme esilekutsuvaist tegureist mainitakse nikotiini, toksiine, ainevahetusprodukte, kvantitatiivselt ja kvalitatiivselt muutunud hormoone, äkilisi ja suuri vererõhu kõikumisi. Unustada ei tohi ka luuest ja arterioskleroosi, millede esimesiks avaldusiks võib olla *capillaropathia retinalis*. Hiljemini võivad ka *choriocapillaris*'est tingitud muutused pigment- ja nägemisepiteelis ja *membrana limitans*'i druusid juurde tulla. Esimesiks sümptomeiks on nägemisteravuse nõrgenemine, virvendamine silmade ees ja ülalmainitud ärajäämanähud ajufunktsioonides. Entoptiline uurimine *Sheerer-Forst*n'i järgi näitab muutusi erütrotsüütide varju liikumises. Angioskotoomid lähevad suuremaks, tekivad väikesed tsentraalsed ja paratsentraalsed skotoomid. Sageli esinevad häired neurovegetatiivses süsteemis, *claudicatio intermittens* jne. Ravil on edu ainult haiguse alguses, kuni haigus pole veel üle läinud seniilseks degeneratsiooniks või *retinitis circinata*'ks.

Capillaropathia retinalis esineb kõige sagedamini vanemas eas, kuid on juba täheldatud 30—40 a. ealisil isikuil. Refer. poolt täheldatud juhtudel oli noorim patsient 47 a. ja vanim 80 a. vanune. Muutusi *fundus*'es täheldas autor ühel juba ammu spetsiifiliselt ravitud süfiliitikul. Otsesel valgustamisel oli näha tagumise pooluse ümbruses palju kanepitera suurusi kollakasvalkjaid täppe. Kui oftalmoskoopimisel vaa-

deldi neid muutusi välimisist *bulbus*'e kihtidest tagasi reflekteruvas valguses, siis paistsid need täpid võrkkesta sisepinnal olevate õõnsusina või lohukesina, kusjuures võrkkest ise nende ümbruses näis nagu tipituna ehk läbitorgituna. Patsient kaebas pööritusataakide üle, mälunõrkusest jne. Neuroloogiline läbivaatus avastas *neurosyphilis vascularis*'e. See juht kinnitab seda, et kollakasvalged täpid on põiekesed, veresoonte haigusest tingitud lakuunid võrkkestas. Ühel teisel juhul oli diabeedihaigega tegemist. *Macula lut.* ümber oli palju kollakasvalgeid koldeid, ühes neist väike verevalum. Viimased on juhuslikud nähud, mis siin tekkisid muutunud võrkkesta piirkonnas. Ühel naisel oli paremas silmas *capillaropathia retinalis macularis*, ja teises *cataracta senilis*. *Vis. oc. d.*: 0,5. Peale 3 intramuskulaarset *acetylcholin*'i injektsiooni (päeviti 0,1 ccm) *vis. oc. d.*: 0,7—0,8 ja veel järgneva 3 injektsiooni järel 0,8—1,0.

Ühel teisel 50-aastasel naisel oli *capillaropathia retinalis macularis* ühes *choriocapillaris*'e häirega. *Vis. oc. d.*: 0,4, *oc. s.*: 0,6. Peale 2 intramuskulaarset *acetylcholin*'i ja 10 *padutin*'i injekt. (2 ccm päevas) *vis. oc. d.*: 0,7—0,8 ja *oc. s.*: 0,6—0,8. Peale ühe kuu möödumist *vis. oc. d.*: 0,7—0,9 ja *oc. s.*: 0,8—0,9.

Üht 54-aastast meest *capillaropathia retinalis macularis*'ega raviti *padutin*'i igapäevaste intramuskul. injektsioonidega (2 ccm). Peale 4 injektsiooni läks nägemisvõime kahekordseks, langes aga siis vaatamata ravi jätkamisele, endisele tasemele.

Ravi tulemusist jääb mulje, et *padutiin capillaropathia retinalis*'e puhul võib anda mõnikord häid tulemusi, aga et see on palju nõrgema ja vähem püsivama toimega kui *acetylcholin*.

2. V. AVIŽONIS (Kaunas): *Anophthalmus unilateralis* (demonstratsioon).

11-kuune tütarlaps toodi kliinikusse kaasasündinud anomaaliaga. Nägu asümmeetriline, vasem näopool lame. *Atresia nasi* vasemal pool. Vasem silmakulm ainult väheselt arenenud. Kulmu nahk läheb lamedalt üle ninale, laud väikesed (*microblepharia*), ripsmeiga. Nahk piki lauveert punetunud. Laugude vahel lühike, ainult 6 mm pikkune kitsas pilu, mis ei laiene. Palpeerimisel on tunda sügavas laugude all ümmarikku hernetera suurust kõvakeha. Röntgenogramm näitab, et vasem silmakoobas on väike ja arenemata, umbes pähkli suurune. Parem silm ja selle koobas normaalne. Perekonnas on tütar

viies ning viimane laps. Kõik teised lapsed on terved. Ema ei mäleta iialgi mõnel perekonnaliikmel kaasasündinud puudeid olevat olnud. Ema WaR negatiivne.

3. V. AVIŽONIS (Kaunas): Võõrkehade lokalisatsiooni küsimusest silmas.

Jahimees, 40 a. v., tulistas ettevaatamatult püssist, mille lukk polnud täiesti kinni. Tekkis plahvatus, mis purustas kesta ning vigastas raskesti paremat silma. Mõlematest kesta-seintest oli sisemine vasest ja välimine rauast. Õnnetuse juhtumise päeval tehtud läbivaatusel selgus järgmist: täielikult sarvkesta läbistuv haav, *cataracta traumatica*, nõrk valgustundlikkus. Korduvad katsed võõrkeha eemaldada elektromagnetiga ei andnud positiivseid tulemusi. Tehti röntgenogrammide *Comberg'i* järgi, igaks juhuks ka profiilil ja nimelt, esimene kord otse ja teine kord alla vaatava silmaga. Viimasena mainitud röntgenogrammidest nähtus sügavas orbitas asetseva võõrkeha dislokatsiooni silmaliigutusile vastupidises suunas. Säärasel juhul ollakse harilikult arvamusel, et võõrkeha leidub *bulbus'es*. Võõrkeha asetuse arvestamine *Comberg'i* järgi aga näitas, et see peaks olema väljaspool silmamuna. Võõrkeha leidmiseks soovitati seepärast operatsiooni. Sealjuures aga seletati patsiendile, et ka sel korral, kui peaks võõrkeha leitama, endist nägemist ta tagasi ei saa enam afaakia, sarvkesta ja võrkkesta vigastuse jne. tõttu. Patsient viivitas nõusoleku andmiseks. Vaatamata energilisele ravile (piim, *cyclotropin'i* süsted, Hg sissehõõrumised jne.) halvenes järjest silma seisund, kuni sümpaatilise oftalmia ohu kartusel tuli silm enukleerida. Sealjuures leiti võõrkeha, 2—3 mm suurune rauakillukene Tenon'i kapslis tagumise pooluse piirkonnas.

Käesolevast juhust nähtub, et 1) elektromagnetikats võib osutada puudulikuks vahendiks kindlakstegemisel, kas võõrkeha on magnetiline või amagnetiline, 2) röntgenoloogiline uuring pildistamisega kahes sihis ei vii alati sihile, 3) arvamus, et sel teel röntgenogrammides tekkinud varju dislokatsioonid on tõenduseks võõrkeha olemasolule silmas, võib olla ekslik.

4. APIN (Riia): Kõõrituse levikust, sotsiaalsest tähtsusest ja selle vastu võitlemisest Lätis.

Kõõritusele langeb igapäevases elus õige vähe tähelepanu. Paljud näivad veendunud olevat, et kõõritus on iludusviga, millel polegi muud tähtsust. Võrreldes iga, milles kõõritus

algab, sellega, kunas kõõritajad ravimisele tulevad, selgub järgmist. W o r t h'i järgi algab kõõritus peamiselt 2.—3. eluaastal, peale 6. eluaastat on oodata kõõrituse tekkimist vaid üksikuil juhtudel. Loogiliselt tuleb iga haigust ravida kohe selle ilmumisel. Riia Ülikooli Silmakliiniku ja isiklikust haigematerjalist, mis haarab kokku 1378 kõõritajat, nähtub, et neist on ravile tulnud 20—30 a. v. 82%. Selle otseseks tulemuks on suur hulk kõõritusamblüoopiaid. 449 *strabismus converg.* juhust esines 178 juhul puhas kõõritusamblüoopia, kuna 68 isikul oli ka veel teisi nägemisteravust nõrgendavaid põhjusi näha. Eriti suur on amblüoopide arv *strabismus converg. monolateralis*'e puhul — 165 amblüoopia juhtu, hea nägevus ainult 67-el 313 kõõritusjuhust. *Strabismus converg. alternans*'i puhul on amblüoopide arv vähene: 13 amblüoopia juhtu, 116 hea nägemisteravusega 136 kõõritusjuhust. Sama laadilist kohtame ka *strabismus diverg.* puhul, ainult selle kõõritusvormi puhul esines suurel arvul teisi nägemist nõrgendavaid põhjusi.

Ka ühe silma kaotus vähendab kodaniku täisväärtust. Sel põhjusel on Pimedate Vastu Võitlemise Seltsi poolt välja töötatud kavakindl kõõrituse vastu võitlemise kava, mille läbi viimine on leidnud riigiasutiste poolt laialdast toetust. Näituse esinesid väljapanekud, kus kõõritust käsitleti kui haigust, mis ravimatusel põhjustab nägemisteravuse langust. Rõhutati eriti, et kõõritust tuleb selle esimesel avaldumisel lapseas kohe ravima hakata. Maksuta jagati välja ka üht vastava sisulist brošüüri. Riigiasutiste vastutulekul on kõigis koolides võimaldatud peale üldkehalise terviselise seisundi kindlakstegemise ka silmade täppis läbivaatus. Kõõritajate registreerimine koolides näitas, et see on õige laialt levinud nähtus, kuna umb. 1% kõigist uuritud õpilasist kõõritasid.

Kõik need kõõrituse vastu tarvitusele võetud sammud on andnud rõõmustavaid tulemusi. Kuna varemini oli kõõritusest ravitud laste vahekord täiskasvanuiga 1,3:8,3, siis on see juba 2,4:7,5. Varemini jäi kõõritajaist lastest ravile ainult 8,4%, kuna nüüd on ravitute arv 28,2%. Ühtlasi kasvab ka nende arv alatiselt, kel on kadunud kõõritus konservatiivse raviga, samuti ka nende arv, kel juba nõrgenenud nägemise puhul on paranemist saanud. Need lühikesed märkused näitavad, et haiguse vastu ainult siis saab edukalt võidelda, kui intensiivse ja laialdase propagandaga haigeid juhitakse õigeaegselt ravimisele.

A r u t l u s.

BALOD (Riia): Soovitab vananenud paralüütilise kõõrituse puhul G u g e n h e i m'i järgi tervete lihaste osi ümber istutada halvatute kohale. Ühtlasi teatab B. juhust, kus *m. abducens*'i paralüüsi puhul pool ülemisest ja pool alumisest *m. rectus*'est transplanteeriti halvatud lihase kohale. Silm hakkas otse vaatama ja pats. võis seda isegi väljapoole pöörata.

5. BLESSIG (Tartu): Kliiniku ülesandeist (lõppsõna).

Üldised märkmed, mis pole mõeldud refereerimiseks.

*

Ettepanek P. A v i ž o n i s'elt:

Et üksikute oftalmoloogidepäevade vahel pole organit, mis peaks kontakti Balti riikide silmaarstidega, ja et kongressi organiseerimisel kerkinud küsimusi tuleb lahendada üksinda kohalikul komiteel, esitab ettepaneku Üldbalti Oftalmoloogidepäeva statuuti täiendada järgmisega:

Balti riikide silmaarstide vahel tihedama kontakti saavutamiseks, samuti päevadeks referaatide teema valiku ja teiste organiseerimisega seoses olevate küsimuste arutamiseks asutada Balti Oftalmoloogiline Nõukogu, mis koosneb Kaunase, Riia ja Tartu silmakliinikute juhatajaist. Nõukogu juhatajaks on igakord see, kelle maal järgmine kongress toimub.

Ettepanek võetakse vastu.

Referaadid tõlkinud ja ümber töötanud J. S u u r k ü l a.

