

4. Visbaltijas Oftalmologu Sanāksme.

Rīgā un Ķemeros 2. un 3. jūnijā 1934. g.

Privātdocents Dr. med. K. A p i ņ š, V. O. S. sekretārs.

Ideja par Visbaltijas Oftalmologu Sanāksmju noturēšanu guva savu pirmo iemiestoju Latvijas Ārstu Kongresa oftalmoloģiskā sekcijā 8. septembrī 1928. g. Noklausījusies prof. B l e s s i g a referātu par Sanāksmju veidu un mērķiem, oftalmoloģiskā sekcija vienbalsīgi pieņēma prof. B l e s s i g a kopīgi ar prof. R u b e r t u un prof. A v i ž o n i izstrādātos noteikumus par Visbaltijas Oftalmologu Sanāksmju sasaukšanu un darbības veidu.

Tādā veidā 1928. g. septembrī Rīgā sperts pirmais solis visas Baltijas oftalmologu apvienošanai. Šī oftalmoloģiskās sekcijas sēde tad arī dibināti jāuzskata par I. Visbaltijas Oftalmologu Sanāksmi. Nākošā 2. Sanāksme noturēta Tartū 1930. g. maijā un 3. Sanāksme Kauņā 1932. g. maijā. Ar katru nākošo sanāksmi pieaugošais dalībnieku skaits pierādīja, ka šis Baltijas valšķu oftalmologu apvienošanas darbs ir atradis dzirdīgas ausis un atsaucīgas sirdis oftalmologu starpā. Pēc pirmā sanāksmē pieņemtiem noteikumiem 4. Visbaltijas Oftalmologu Sanāksmei bija jāsanāk atkal savā pirmšūpulī Rīgā 1934. g. Šī 4. Sanāksme tā tad ir pirmā cikla noslēgums darbam, kas ierosināts pirms 6 gadiem, un līdz ar to arī jauna darba cikla sākums.

Apzinādamies šīs 4. Sanāksmes nozīmi, Latvijas Oftalmologu Biedrība sava iecienītā priekšnieka prof. R u b e r t a vadībā jau laikus sāka veikt priekšdarbus šīs sanāksmes noorganizēšanā. Igaunijas un Lietavas acu ārstiem jau laikus atkārtoti nosūtītas informācijas brošūras par Latviju ar norādījumu par 1934. g. sasaukamo 4. Visbaltijas Oftalmologu Sanāksmi. Šādai informācijai sekoja uzaicinājums pieteikt referātus un apmeklējumus, pēc tam oficiālie ielūgumi ar dienas kārtību.

Lienu pretimnākšanu šinī darbā izrādīja administratīvās iestādes, sniedzot informācijas materiālus par Latviju, izsniedzot Sanāksmes noturēšanai nepieciešamās atļaujas. Ne mazāku atbalstu sniedza arī Rīgas pilsētas valde, rūpējoties par piemērotiem satiksmes līdzekļiem viesu izvadāšanai; pilsētas Veselības nodaļa, I. Pilsētas slimnīcas direkcija un Ķemeŗu sēravotu iestādes direkcija, gādājot par piemērotu viesu uzņemšanu. Latvijas Oftalmologu Biedrība atļaujas izteikt šinī vietā visām iestādēm un personām, kas sekmējušas Sanāksmes noorganizēšanu un izdošanos, savu sirsnīgāko pateicību.

Liellais Sanāksmes dalībnieku skaits dod jo spilgtu liecību, ka pirms 6 gadiem Rīgā uzsāktais ceļš ir nodibinājis Baltijas valšķu oftalmologu starpā sirsnīgas attiecības. Sanāksmē no oftalmologiem piedalījās:

No I g a u n i j a s: 1. prof. Dr. med. E. B l e s s i g ' s (Tartu), 2. Dr. H. K r ū g e r ' s (Wöru), 3. Dr. A. T a u m i (Tallinn), 4. prof.

Dr. med. J. Uudelt's (Tartu), 5. Dr. K. Vogel's (Tartu), 6. Dr. S. Wöhrmann's (Tartu).

No Latvijas: 1. Dr. A. Āboliņa (Rīga), 2. priv. doc. Dr. med. K. Apiņš (Rīga), 3. Dr. med. K. Balodis (Rīga), 4. Dr. K. Brauns (Liepāja), 5. Dr. B. Civian-Treivas (Rīga), 6. Dr. H. Černaijs (Daugavpils), 7. Dr. N. Daņilevskis (Valka), 8. Dr. A. Erasmus (Jelgava), 9. Dr. E. Emersons (Rīga), 10. Dr. R. Gernets (Rīga), 11. Dr. J. Gūtmans (Rīga), 12. Dr. H. Hiršfelds (Jelgava), 13. Dr. I. Ickina (Rīga), 14. priv. doc. Dr. med. E. Jansons (Rīga), 15. Dr. M. Jansone (Rīga), 16. Dr. med. E. Johansons (Rīga), 17. Dr. Z. Magilnickis (Rīga), 18. Dr. J. Rīzenkampfs (Rīga), 19. prof. Dr. med. J. Ruberts (Rīga), 20. Dr. G. Springoviča (Rīga), 21. Dr. V. Strautiņš (Rīga), 22. Dr. N. Šmēlinga (Rīga), 23. Dr. J. Šneiders (Rīga), 24. Dr. V. Švares (Rīga), 25. Dr. M. Vilenkins (Rīga).

No Lietavas: 1. prof. Dr. med. P. Avižonis (Kaunas), 2. Dr. R. Gernetas (Panevežys), 3. Dr. O. Landsbergiene (Kaunas), 4. Dr. A. Laskauskas (Anyksčiai), 5. Dr. P. Melcas (Kedainiai), 6. Dr. E. Mikševičiene (Kaunas), 7. Dr. J. Nemeikša (Kaunas), 8. Dr. M. Sudarskis (Kaunas), 9. Dr. A. Bridžius (Panevežys), 10. Dr. M. Steiblys (Kaunas), 11. Dr. E. Mekys (Kaunas), 12. Dr. E. Krisčiukaityte (Kaunas).

Absolūtais dalībnieku skaits liekas būt niecīgs, bet nevajag piemirst, ka speciālistu oftalmologu vispār nav daudz. No atsevišķām valstīm piedalījās no Igaunijas 21%, no Latvijas 71% un Lietavas 58% no oftalmologiem. Daudzi no viesiem iebrauca ar ģimenes locekļiem, kas priekšnesumu laikā iepazītinās ar mūsu galvaspilsētu un viņas apkārtni un aktīvi piedalījās izbraukumos un sanāksmes saviesīgos sarīkojumos. Dzīvā piedalīšanās Sanāksmē un sirsnīgās attiecības, kas valdīja viņas dalībnieku starpā, ļauj cerēt, ka nākošās sanāksmēs piedalījušos skaits turpinās pieaugt.

Sanāksmes gaita.

2. jūnijā 1934. g. — I. zinātniskā sēde Rīgā, I. Pilsētas slimnīcā.

Atklājot sanāksmi Latvijas Oftalmologu Biedrības priekšnieks prof. Dr. med. J. Ruberts sirsnīgos vārdos apsveic kuplā skaitā sabraukušos viesus. Sniedz īsu vēsturisku pārskatu par līdz šim noturētām sanāksmēm un aizrāda, ka prāvāis oftalmologu skaits, kas pēc 6 gadiem sapulcējies sanāksmju šūpuļa vietā, liecina par šīnī laikā oftalmologu starpā radušamies ciešām saitēm. Novēl labas sakmes sanāksmes darbā, kas var norītēt netraucēti Latvijas Nacionālās Valdības aizsardzībā.

Tautas Labklājības ministrs Vl. Rubuls apsveic sanāksmi valdības vārdā, sevišķi izceļot, ka to Baltijas valšku apvienošanas mērķi, kuŗu politiķi vēl tikai cenšas sasniegt, oftalmologi izveduši dzīvē, noturot jau 4. pēc skaita Visbaltijas oftalmologu sanāksmi. Novēl sanāksmei ražīgu darbu un labas sekmes.

Telegrafiski sanāksmi apsveikuši: Latvijas Ū. rektors prof. Auškāps, no Igaunijas Dr. Poppen's, Dr. Hoffman's, no Lietavas Dr. H. Hoehls, Dr. G. Hoehle, Dr. Alseikiene, Dr. Buividaite, Dr. Korgonovaite, Dr. Kazlauskas, Dr. Marcinkus.

Sanāksmes prezidijā ievēlēti: goda priekšsēdētājs — prof. Dr. med. J. Ruberts, sekretārs — priv. doc. Dr. med. K. Apiņš, I. sēdes vadītājs — prof. Dr. med. E. Blessig's, viņa palīgs — priv. doc. Dr. med. E. Jansons, II. sēdes vadītājs — prof. Dr. med. P. Avižonis, III. sēdes vadītājs — prof. Dr. med. J. Uudelt's.

Uzņemoties pirmās zinātniskās sēdes vadību, prof. Dr. med. E. Blessig's uzaicina sapulci pieceloties godināt pagājušos divos gados mirušos oftalmologus: Dr. Bernhardu Rubertu, Dr. Fēlīksu Lūkinu un Dr. Teodoru Germani.

Prof. Dr. med. E. Blessig's nolasa referātu par «konstitucionālo» momentu acu slimībās. Ievērojot acs un viņas saslimšanu ciešos sakarus ar organismu kā tādu un pēdējā saslimšanām, pilnīgi dabiski arī konstitūcijai jāietekmē acs veselā un slimā stāvoklī. Grūtības rada apstākļi, ka jēdziens «konstitūcija» vēl stipri nenoteikts un bieži vien izprasts dažādi. Jāņem vērā vispirms daudzi un dažādi momenti, ko parasti izprot zem jēdziena «fiziskā konstitūcija»: vispārējais ķermeņa stāvoklis, attīstība, iedzimtība, vielu maiņa, iekšējā sekrēcija, imūnitātes stāvoklis, augšana, ķermeņa uzbūve un tml. Bez minētā jāievēro arī «psīhiskā konstitūcija». Runājot par «konstitucionāliem momentiem», jānoskaidro, kādi atsevišķos saslimšanas gadījumos ir šie ietekmējošie apstākļi, jo pat dažas agrāk par tīri lokālām uzskatītās acs saslimšanas pēdējā laikā atzīst par vispārējās ķermeņa veselības traucējumu sekām, piem.: dažas kataraktas formas, «primārās» glaukomas, progresīvā tuvredzība.

Kataraktas. Juvenīlās kataraktas it īpaši cataracta perinuclearis rāda saistības ar rachītu un krampjiem. Eksperimentālā avitamīnoze. Iedzimtība (personīgs trīs ģenerācijas aptvērējs novērojums). Endokrīnās kataraktas. Tetanijas katarakta pie klīniskās un eksperimentālās tetanijas. Paratireoideas hipofunkcija ar kaļķa līmeņa krišanu. Miotomiskā katarakta — gl. thyreoidea un parathyreoidea hipofunkcija. Diabētiskā katarakta — pankreāta hipofunkcija. Vecuma katarakta — teorija, kas lēcas apduļķošanu uzskata par vispārēju ķermeņa traucējumu sekām.

Glaukoma. Beidzamā laikā sāk piegriezt arvien lielāku vērību ķermeņa vispārējiem traucējumiem: iedzimtībai, iekšējās sekrēcijas traucējumiem, veģetatīvai nervu sistēmai. Predispozīcija esot bez tīri lokāliem apstākļiem atkarīga no rases, iedzimtības, asins sastāva, asins spiediena, asinsvadu saslimšanas un asins cirkulācijas traucējumiem, vielu maiņas traucējumiem, iekšējās sekrēcijas un tml.

Tuvredzība. Pastāv divas tuvredzības formas: 1) stacionārā, kā attīstības variācija un 2) progresīvā tuvredzība, kas uzskatāma par slimību. Pēdējā lielā mērā atkarīga no iedzimtības, vienīgi nav noskaidrots, kādi iedzimtības faktori ir galvenie.

Pievēstie piemēri rāda, cik ļoti sarežģīti apstākļi saistās ar konstitucionālām acs saslimšanām. Nav iespējams viņus savest kaut kādā sistēmā. Klīniskās un eksperimentālās pētīšanas uzdevums — izlobīt no visiem šiem sarežģītiem momentiem tieši tos galvenos, kas ļautos terapeitiski ietekmēt.

Priv. doc. Dr. med. Jansons novērojis ģimeni no 2 māsām un 1 brāļa ar familiāru glaukomu jaunībā. Glaukomi iestājoties slimnieku vecums bijis 25, 29 un 27 gadi. Visiem trim ģeneratīvs habitus un traucējumi, kas norādīja uz pavājinātu hipofīzes un dzimumdziedzeru darbību. Tai pašā ģimenē bija vēl 2 māsas un viens brālis — visi lielāka auguma, bez ģeneratīvām pazīmēm, ar pilnīgi veselām acīm. Visi 6 vienas ģimenes bērni. Glaukomas veids: chroniski iekaisīgs. Abas māsas operētas akūtas lēkmes stadijā. Pirmai operētai mātai pēc iridektomijas 1925. g. uz abām acīm taisīta vēl divreiz ciklodialīze. 12 gadus ilgā novērošanas laikā vienai acij ir vēl samērā laba redzes spēja.

Prof. Dr. med. P. Avižonis iepazīstina ar Kauņas acu klīnikā gūtiem panākumiem tiklenes atslānījuma ārstēšanā ar diatermiju. Pēdējo 15 mēnešu laikā operēti bez izlases visi tiklenes atslānījuma gadījumi. Lietots firmas Sanitas «Ophthalmotherm» ar Meesmaņa elektrodu un pa retam Šafara. Lietotās strāvas stiprums svārstījās starp 80—120 MA. Vispirms ar knopveidīgo elektrodu apstrādāja plīsuma apvidu, cenšoties ietvert pēdējo ar divām koagulācijas rindām. Pēc tam tādā pašā veidā koagulēts viss atslānījuma rajons, ko dara arī gadījumos, ja plīsums nav atrodams. Operācijas beigās knopveidīgo elektrodu apmaina ar aso, ar kuņu vairākās vietās perforē sklēru, lai varētu noplūst subretinālais šķidrums. Gadījumos ar plīsumu aiz acs ekvatora lietoja izliekto Šafara birstīti. 27 slimniekiem operētas 28 acis, pavisam 45 reizes. Tiklenes plīsums atstars 18 gadījumos, tikai 6 no viņiem plīsums bija viens, vienā gadījumā saskaitīti 11 plīsumi. Tiklenes atslānījumi ora serrata rajonā novēroti 5 reizes. Gadījumu vairākumā operācija izdarīta vienreiz. Tieši pēc operācijas panākumi pēc 45 operācijām novēroti 26 reizes (60%). Gala rezultātā no 28 gadījumiem izveselojās 12 (atslānījuma ilgums līdz 3 mēnešiem) un 4 gadījumos novērota labošanās (atslānījums 2 gadījumos ne ilgāks par 3 nedēļām, 1 gadījumā — 5 mēneši, 1 gad. — vairāk par gadu). 11 gadījumos atslānījums skāra vienīgo aci, no viņām izveselojās 5 acis, labojās — 2. Sarežģījumi novēroti reti un tikai pēc atkārtotām operācijām, kā viegli iridociklīti, kas divos gadījumos noveda pie pakāļējo sinechiju izveidošanas. 3 gadījumos novērota stiklķermeņa apduļķošanās.

Prof. Dr. med. J. Uudelt'u interesē jautājums, vai pēc tiklenes atslānījuma ārstēšanas ar diatermiju nav novērotas asiņošanas stiklķermenī. Visumā, bez šaubām, diatermiskā ārstēšana jāuzskata par vienu no saudzīgākiem ārstēšanas paņēmieniem.

Dr. V. Švarcs atzīmē, ka daudzi ārzemēs operētie gadījumi dzimtenē atgriežas pilnīgi dezolātā stāvoklī. Varbūt šie gadījumi operēti pārāk vēlu, kad operācijai vispār nav nekādas izredzes. Konservatīvā

terapija dod tomēr pārāk mazus panākumus, kādēļ izeja meklējama operatīvā ārstēšanas veidā.

Prof. Dr. med. J. Ruberts. Neilgi atpakaļ kollega no vienas Baltijas valsts, kas daudz un ilgāku laiku strādājis ārzemju klīnikās, man teica: «Tiklenes atslānījums tomēr ir un paliek neizārstējama slimība.» Varbūt ar to teikts pārāk daudz. Tomēr operatīvā tiklenes atslānījuma ārstēšana pašlaik vēl atrodas novērošanas un eksperimenta stāvoklī. Ārzemēs operētie gadījumi nevar sajūsmināt. Asiņošanas, iekaisumi, kas noved pat līdz acs ābola atrofijai, recidīvi gadījumos, kas liekas izoperēti ar labiem rezultātiem — viss tas brīdina un ierosina būt atturīgiem. Mums, lietojot konservatīvās ārstēšanas metodes, nav 22% panākumu, tomēr novērojama uzlabošanās arī bez izejpunkturām un diatermijas.

Prof. Dr. med. P. Avižonis aizrāda, ka pēc Ovio tiklenes atslānījuma konservatīvā ārstēšana dod vairāk vai mazāk jūtamus panākumus 22% no visiem gadījumiem. Pie tam šis procents ir vidēji aritmētiskais skaitlis no dažādām statistikām, kurās panākumu procents svārstās no 1—80. Kauņas klīnikā pilnīga izveseļošanās, konservatīvi ārstējot, novērota 10 gadu laikā tikai 3 gadījumos no 69. Referents personīgi redzējis, kā tiklenes atslānījumus operē Gonin's Lozannā, pārveidotās Gonin'a operācijas Vinē un Parīzē: galvanopunkciju pēc Vogt'a un Paufique, sklēras kodināšanu ar kalija sārmu pēc Guist-Lindner'a un diatermokoagulāciju. Pēdējo metodi sācis lietot sākot ar 1952. gada beigām, iepriekš izdarot dažus mēģinājumus ar trusīšiem. Diatermokoagulācijas priekšrocības: vienkārša tehnika, iespēja oftalmoskopiski sekot operācijas gaitai, komplikāciju retums. Metodes vājās puses: grūtības elektriskās strāvas dozēšanā, jo amperometrs ne vienmēr atbilst sasniegtai temperatūrai. Asiņošanas stiklķermenī iespējamas tikai kā reaktīva dzīslenes iekaisuma sekas pēc pārāk stipras diatermokoagulācijas. Recidīvi pēc diatermokoagulācijas iespējami kā pēc jebkuļa cita ārstēšanas veida, jo tiklenes atslānījumu pirmcēlonis ar viņu netiek novērsts.

Prof. Dr. med. J. Ruberts referē par dažiem mazievērotiem trachomas ārstēšanas paņēmieniem. Izmeklējot konjunktīvas un radzenes trachomas vāšu floru, mēs bieži sastopam staphyl. pyog. aureus, pneumokokus, diplobacillus, kolibacillus un citas sīkbūtnītes. No vispārējām saslimšanām nereti sastop vecu, neaktīvu tuberkulozi resp. skrofulozi. Ja ar vietējo ārstēšanu netiek uz priekšu, tad apkaļojam jaukto infekciju (optochims pret pneumokokiem, cinks pret diplobacilliem, argiols pret kolibacilliem). Tuberkulozi resp. skrofulozi apkaļojot ar potējumiem, panāk arī trachomas stāvokļa uzlabošanu. (Darbs iespiests kā «Notizen zur Behandlung des Trachoms» iekš Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1954, Bd. 95.)

Prof. Dr. med. J. Uudelt's. Trachomas slimības gaitā vispārējām ķermeņa veselības stāvoklim piekrīt daudz lielāka loma nekā parasti domā. Ja trachoma dažreiz norit slimniekam to nemaz nemanot un ārsts tikai nejauši atrod trachomas rētas, kas norāda uz pārciesto saslimšanu un no otras puses tās pašas ģimenes locekļiem novērojama

grūta trachomas forma, kas, neskatoties uz rūpīgu ārstēšanu, noved pie aklības, tad bez šaubām izšķirējs faktors šai dažāda slimības norisei meklējams ķermeņa vispārējā stāvoklī un nevis dažādā slimības dīgļu virulencē. Tādēļ, ārstējot trachomu, liela vēriba jāpiegriež vispārējam ķermeņa stāvoklim. Uz to savā laikā bez Arlt'a aizrādījis arī Kuhnt's, izceļot pie tam skrofulozi, kas stipri aprūtinot trachomas izdziedēšanu.

Prof. Dr. med. P. Avižonis. Kamēr trachomas cēlonis nezināms, viņas terapija galvenā kārtā simptomatiska: pret atdalījumu — sudraba preparāti, pret graudiņiem un gļotādiņu sabiezējumiem — masāža un zilakmens. Pēdējais kontraindicēts ne tikai trachomas komplikācijām ar vāšainiem radzenes procesiem, bet arī, ja ir keratitis punktata superficialis, kas dažreiz sastopams sakarā ar trachomu un varbūt ir jauktas infekcijas sekas.

Prof. Dr. med. J. Uudelt's pārrunā jautājumu par ekspulsīvām asiņošanām pēc katarraktas ekstrakcijas. Pēdējās pēc literatūras datiem sastopamas apm. 0,2—1,5%. Tartu klīnikā uz 594 ekstrakcijām viņas novērotas 5 reizes, t. i. apm. 0,84%. Trijos gadījumos operēta viena acs, divos gadījumos abas acis. Pēdējos ekspulsīvā asiņošana novērota kā vienā, tā otrā acī. Asiņošana iestājās divos gadījumos pārsējuma uzlikšanas laikā un 3 gadījumos 1—3 stundas pēc operācijas. Šais 5 ekspulsīvās asiņošanas gadījumos 4 reizes atzīmēta stiklķermeņa izkrišana. Stiklķermeņa izkrišana neveicina asiņošanu, bet uzskatāma kā paaugstinātā acs spiediena sekas, kā pirmais draudošās asiņošanas simptoms. Asiņošanas cēloņi ir — artērioklēroze, hipertoniya un sevišķi paaugstinātais acs spiediens resp. glaukomatozi ietekmētas acis. Uztraukums pirms operācijas, elpas aizturēšana operācijas laikā, pievienojoties vēl kokaina un adrenalina, kā arī mydriatika ietekmei, paaugstina asins- un acs spiedienu un var līdz ar to izprovocēt asiņošanu. Bieži vien lieta grozās ap acīm ar vāju zilītes reakciju, dilātētiem ciliāriem asinsvadiem un paaugstinātu acs spiedienu, vai arī, ja acs spiediens rāda tieksmi uz paaugstināšanos. Vēlīnās ekspulsīvās asiņošanas var uzskatīt kā glaukomas insulta sekas operētās acīs. Pilnīgi izsargāties no ekspulsīvām asiņošanām nebūs iespējams, bet var cerēt uz viņu skaitlisko samazināšanos, ja lieto dažādus aizsargāšanās paņēmienus. Pirms katras katarraktas ekstrakcijas slimnieks jo rūpīgi jāizmeklē. Aizdomīgos gadījumos lietderīgi uzņemt acs spiediena likni. Pārbaudot acs spiedienu, jāievēro arī pārslogošanas paņēmieni. Ja acs spiediens paaugstināts vai rāda tieksmi uz paaugstināšanos, viņš pirms operācijas jāpazemina. Līdzīgā veidā jācēns pazemināt paaugstinātu asins spiedienu ar diētu, asins nolaišanu un līdzekļiem, kas pazemina asins spiedienu. Operācijas laikā slimniekam katrā ziņā vairākkārt jāaizrāda, ka nedrīkst aizturēt elpu. Uzbudinātiem slimniekiem pirms operācijas dod apmierinātājus vai narkotiskus līdzekļus.

Pirmā zinātniskā sēde noslēdzās ar sanāksmes dalībnieku kopīgām pusdienām acu klinikas telpās. Seko

II. zinātniskā sēde.

Dr. M. Steiblys nolasa referātu par pterygium un viņa attiecībām pret trachomu pēc Kauņas universitātes acu klinikas datiem. 14 gadu laikā acu kliniku apmeklēja 55.692 personas, starp viņām pterygiums konstatēts 465 personām, t. i. 0,85%; vīriešiem — 0,91%, sievietēm — 0,77%. Pterygiums sastopams biežāk vecākiem cilvēkiem nekā jaunākiem. Starp sirgstošiem ar trachomu (11.402 personas) pterygiums atzīmēts 214 gadījumos, t. i. 1,86%. Tā tad starp nesirgstošiem ar trachomu pterygiums atrasts tikai 0,56% (249 gadījumi uz 44.290 slimniekiem). Ievērojot to, ka starp trachoma slimniekiem pterygiums atzīmēts trīs reizes biežāk kā starp nesirgstošiem ar trachomu, domājams, ka trachoma veicina pterygiuma attīstīšanos, pretēji Sedan'a un Delanoe izteiktām domām.

I. Pārejošā miopija.

Nr.	Vecums	Refrakcijas pleaugums	Ilgums	Ievainojuma veids	Komplikācijas
1.	28 g.	7 D	4 dienas	sasitums ar dzelzs laužni	erosio corneae, iridodialysis, ruptura choroideae
2.	51 ..	3 D	1 mēn.	?	iridodialysis
3.	27 ..	2 D	10 dienas	kritiens uz acs	ecchymosis subconjunctivae
4.	30 ..	1 D	3 ned.	sitiens ar koku	erosio corneae
5.	30 ..	1,75 D	19 dienas	kritiens uz acs	ecchymosis conjunctivae
6.	76 ..	1 D	15 ..	?	ecchymosis conjunctivae
7.	51 ..	1 D	6 ..	sitiens ar dzelzs gabalu	hyphaema
8.	17 ..	3,5 D	17 ..	akmens sviēdiens	hyphaema

II. Pastāvošā miopija.

9.	47 ..	4 D	53 gadi	sitiens pa aci	subluxatio lentis
----	-------	-----	---------	----------------	-------------------

III. Apšaubāmi gadījumi.

10.	59 ..	2 D	52 dienas	koka gabals	mydriasis, sekls kambaris
11.	35 ..	0,5 D	1 mēn.	sitiens ar āmuru	
12.	17 ..	0,5 D	1 ..	šāviens ar Montekristo	chorioretinitis

Prof. Dr. med. P. Avīzonišs aizrāda, ka Sedan'a, Delanoe un Natafa darbos izteiktā doma, ka starp trachomu un pterigiumu pastāv antagonisms, ierosinājusi arī viņu pārbaudīt šo jautājumu pēc saviem materiāliem. Uz 15.585 slimniekiem pterigijs atzīmēts 64 reizes, t. i. 0,4%. Slimi ar trachomu bijuši 2508, starp tiem ar pterigiumu 25 gadījumi, t. i. 1%; slimniekiem bez trachomas pterigijs atrasts tikai 59 gadījumos no 15.075, t. i. 0,3%. Šie skaitļi, kā arī kliniskas dati dod pamatu domāt, ka starp pterigiumu un trachomu antagonisms nepastāv, drīzāk otrādi — trachoma veicina pterigiuma izcelšanos. Visos trachomas gadījumos ar pterigiumu novērots arī pannus.

Priv. doc. Dr. med. E. Jansons ziņo par traumatisko miopiju. Acs refleksijas maiņa pēc kontūzijām pazīstama parādība. 1929. gadā Huber's ziņo par miopijas samazināšanos par 5 resp. 2,5 D divos gadījumos. Pirmā gadījumā pārbaude pēc 3 gadiem rādījusi to pašu stāvokli. 1952. g. Huber's ziņo par trešo gadījumu, kur miopija pēc kontūzijas samazinājies par 2,0 D.

Daudz biežāk tomēr novēro refrakcijas pieaugšanu. No 1921.—1954. gadam referents novērojis tabulā sakopotos gadījumus. Viņus var iedalīt: 1) pārejošā miopijā, 2) pastāvošā miopijā un 3) apšaubāmos gadījumos.

Traumatisko miopiju izskaidrojot jāņem vērā 1) akomodācijas spasma, 2) joslenes muskuļa edēma un hiperaimija, kas rada joslenes apmēru pieaugšanu un zonulas atslābšanu, 3) zonulas ieplisumi, lēcas subluksācija. Atmest var acs ass pagarināšanos sklērai stiepjoties un laušanas spējas pieaugšanu kampa šķidrums laušanas rādītājam mainoties, pieaugot olbaltumvielu saturam. Gadījumu vairākumā novērotās smagās komplikācijas ļauj atmest arī joslenes muskuļa spasmu, jo šāds traumatisms visus dzīvos audus ietekmē nomācoši. Augstākās tuvredzības pakāpes novērotas tieši kopā ar vissmagākām komplikācijām. Gadījumu vairākums pie tam atrodas vecumā, kad izskaidrot refrakcijas pieaugšanu ar lēcas lieces pieņemšanos nav iespējams. Nelielie refrakcijas paaugstinājumi viegli izskaidrojami. Lēcas novirzīšanās uz priekšu spēj izskaidrot tikai vājākās miopijas pakāpes. Pēc prof. Rohr'a lēcas pavirzīšanās uz priekšu par 1 mm paaugstina refrakciju par 0,6 D. Zonulas šķiedru atslābšanu rada ne tikai joslenes muskuļa kontrakcija, bet arī ciliārā muskuļa hiperaimija un edēma. Šādā veidā izskaidrojamas pārejošās miopijas pēc salvarsana injekcijām, arsēna saindēšanās un diabetes mellitus.

Akomodācijas iedarbība var dot refrakcijas paaugstināšanos tikai tādā vecumā, kur akomodācija vēl darbojas. Gadījumā ar 76 gadus veco cietušo refrakcijas pieaugšana izskaidrojama vienīgi ar lēcas pārvietošanos uz priekšu. Ad II. Vienīgais gadījums ar pastāvošu tuvredzību pēc ievainojuma 47 gadu vecumā. Acs ievainota 14 gadu vecumā. Labā acī — 4 D un astigmatismus myopicus — 2 D. Pastāv lēcas subluksācija ar zonulas pārtraukumu. Pēdējais radījis lēcas formas maiņu. Ad III. Šinīs gadījumos refrakcija pirms nelaimes gadījuma nav zināma. Par apšaubāmiem šie gadījumi jāuzskata tādēļ, ka tuv-

redzība nav pārgājusi. Visumā var teikt, ka pārejošā traumatiskā tuvredzība izskaidrojama ar lēcas lieces maiņu, kuņas cēloņi meklējami ciliārā ķermeņa traucējumos. Dažos gadījumos iespējama akomodācijas spasma. Grūtos gadījumos vainojama joslenes edēma un asinsizplūdumi pēdējā. Iespējama arī lēcas pārvietošanās uz priekšu.

Prof. Dr. med. J. Uudelt's aizrāda, ka visos šādos gadījumos jāpārbauda Mydriatica ietekme. Personīgi novērojis vienu neurogenas dabas tuvredzības gadījumu (akomodācijas spasma) ar 7 D 25 gadus vecai neurastenīķei. Spasma izcēlusies spontāni, no rīta uzceloties. Turējusies 2½ dienas. Pārgājusi pēc atropīna. Refrakcija +1,5 D tālredzība.

Dr. med. K. Balodis sniedz ziņojumu par mušas kāpuru acs priekšējā kambarī. Pretēji acs pārejo daļu saslimšanai caur mušu kāpuriem, kas samērā bieži sastopama sevišķi Dienvidamerikā, Dienvidēropā un dažos Krievijas apgabalos, mušas kāpura iekļūšana acs priekšējā kambarī novērota ļoti reti. Pavisam literatūrā aprakstīti 8 gadījumi. Autors novērotais ir devītais. 1. novembrī 1952. g. L. Ū. acu klīnikā uzņemta 11 g. veca meitene ar mušas kāpuru priekšējā kambarī. Acs bija mēreni kairināta. Radzene izbakstīta, pie kam mušas kāpurs kā 4 mm garš cilindrisks veidojums atradās priekšējā kampa apakšā. 40 dienu laikā, kamēr meitene atradās acu klīnikā, acs kairinājums mainījies 5 reizes. Stiprāki acs kairinājuma brīži, kas pieturējās 5—6 dienas, mainījās ar tāda paša laika bezkairinājuma brīžiem. 4. decembrī 1952. g. jau skaidri kļuva saredzama kāpura transversālā segmentācija, labi saredzami arī kāpura žokļi un zarnu kanālis, kas katras 5—6 sekundes izdarīja peristaltiskas kustības. 10. decembrī zem vietējās bezjūtības izdarīta operācija. Grieziens ar šķēpveidīgo nazi ārējā augšējā kvadrantā. Kāpurs ar tievu sondu atbrīvots no kampa kakta, pēc tam ar trulu pinceti izvilkt. Dzišanas gaita norit bez traucējumiem. 10 dienu laikā acs pilnīgi bez kairinājuma. Iestājas restitutio ad integrum. Visus 1,0. Kāpuru izmeklējis doc. Aboliņa kungs, kurš konstatējis, ka lieta grozās ap mušas kāpuru, varbūt Wohlfartio (Sarkophaga) magnifica. Mušas kāpurs ļoti līdzinās Evetzky-Kennel'a aprakstītajam gadījumam. Līdz šim visos aprakstītos gadījumos saslimušas tikai bērnu acis. Kāpurs, jādoma, ieurbjas caur limbus priekšējā kambarī. Saslimšanas brīdī bērni nevar uzrādīt. Kliniski slimība parādās kā iridocyclitis ar stipru blepharospasmus, asarošanu un fotofobiju. Dažos gadījumos uz radzenes pakalējās virsmas sastopami precipitāti. Divos gadījumos kāpurs, varbūt eksudāta aizsegts, priekšējā kambarī nav bijis saredzams. Acs dziļākās daļas bez pārmaiņām. Acs spiediens brīžiem paaugstināts. Terapija vienīgi operatīva. Pie kādas mušas sugas pieder kāpurs, vēl nevienā gadījumā nav bijis iespējams pilnīgi droši noteikt.

Prof. Dr. med. E. Blessig's aizrāda, ka taisni jābrīnās, ka no visiem 9 gadījumiem 3 novēroti Baltijas valstīs; 2 gadījumi Tartu (Evetzky-Kennel, Blessig-Kurrik) un viens Rīgā (Balodis).

Dr. M. Steiblys ziņo par intraokulāra cisticerka gadījumu, kas sākumā atgādinājis vairāk intraokulāru audzēju. Macula lutea rajonā un temporāli no viņas 5×6 papillas diametru lielumā kompakts audzējs, kas izspiežas uz priekšu. Virsma negluda, krāsa pelēka, necaurspīdīgs. Pēc trim mēnešiem jau skaidri parādās veidojuma istā daba: apduļķotā stiklķermenī redzams parazīta pūslis ar izgriezušos galviņu. Novērojamas arī galviņas kustības. Pagājušos trīs mēnešus slimnieks ārstēts ārpus Kauņas acu klīnikas zem citas diagnozes. Gadījums uzskatāms par samērā retu, jo pašā saslimšanas sākumā cisticerks pārklājies ar kompaktu eksudātu, un, kamēr šī eksudāta kapsula nav pārplisusi, nav bijis iespējams uzstādīt pareizu diagnozi.

Dr. G. Springoviča iepazīstina ar tālākiem novērojumiem redzes nerva atrofiju ārstēšanā. Visbaltijas Oftalmologu Sanāksmē 1952. gadā novērojumi aptvēra 28 slimniekus ar 51 ārstētu aci. Pie šī materiāla šinīs gados pienākuši klāt vēl 54 slimnieki ar 88 ārstētām acīm. Autori, kas līdz šim ārstējuši redzes nerva atrofijas ar atropīna injekcijām, domā, ka pēdējā labvēlīgā ietekme izskaidrojama ar asinsvadu paplašināšanos. Šinī sakarā tad bez atropīna izmēģināti arī citi asinsvadu paplašinātāji: acētilholīns un padutīns. Acētilholīns lietots 9 gadījumos, padutīns — 2 gadījumos.

Ārstēšanā nākuši gadījumi ar dažādu redzi. 5 reizes ārstēti pat gadījumi bez gaismas sajūtas. 3 no viņiem ārstēšana ar atropīnu panākumus nedeva, aklība šajos gadījumos pastāvējusi 21—30 gadus. 2 gadījumos, kur aklība iestājusies 2—3 mēneši atpakaļ, gūti panākumi. Visumā no 88 ārstētām acīm ārstēšana palikusi bez panākumiem 8 gadījumos: iepriekš minētajos 3 gadījumos ar pilnīgu aklību, 1 gad. ar nepareizu, 1 ar pareizu projekciju un 3 gadījumos ar redzi 18/200. 4 no šiem gadījumiem ārstēti ar atropīnu, 3 ar acētilholīnu un 1 ar padutīnu. Visos pārējos gadījumos ārstēšana devusi lielākus vai mazākus panākumus, dažos redze no nepareizas projekcijas pacelta līdz 0,2 un 0,5. Gan 3 gadījumos ar redzi 18/200, kur centrālās redzes uzlabošanās nav sasniegta, panākta perifērās redzes uzlabošanās.

Salīdzinot ārstēšanas panākumus ar atropīna un acētilholīna injekcijām, jāatzīmē, ka labākus rezultātus dod ārstēšana ar atropīnu. Tikai vienā gadījumā panākumi bija vienādi: vienam un tam pašam slimniekam ar redzi nepareiza gaismas projekcija vienā acī ārstēta ar atropīnu, otrā ar acētilholīnu. Ar atropīnu ārstētā acī sasniegta redze 0,3, ar acētilholīnu ārstētā 0,2. Gadījumos, kur acētilholīns nav devis nekādus panākumus, ar atropīna injekcijām vēl gūta redzes uzlabošanās.

Ar padutīna injekcijām ārstētas divas acis: vienā bez rezultātiem, otrā redze pacēlās no 0,1 uz 0,5.

Pēdējā laikā redzes nerva atrofijas ārstētas ar paaugstinātas temperatūras palīdzību pēc intramuskulārām sēra injekcijām. Šāds ārstēšanas veids acu klīnikā izmēģināts 5 gadījumos. Intramuskulāri iešļircināts 1% sēra preparāts «sulfobrols» (mag. Zemeļa). Divos gadījumos redze pacēlusies no 7/200 un 10/200 uz 18/200. Trešā gadījumā uzlabošanās nenotika. Temperatūra pēc injekcijām ceļas līdz 39,8 un 40,2, slim-

nieki pie šādas ārstēšanas ļoti sagurst, kādēļ arī šis ārstēšanas veids atmests.

Pēc novērojumiem, kas līdz šim klīnikā savākti, labākos panākumus redzes nerva atrofiju ārstēšanā gūst ar atropīna injekcijām. Acu klīnikas novērojumi dažos gadījumos ilgst jau 3½, 5 un 2½ gadus, pie kam reiz ārstēšanā sasniegta redze turas bez pasliktinājumiem.

Dr. Gutmanis lietojis atropīna injekcijas vienā gadījumā ar tabētisku redzes nerva atrofiju; pirmās injekcijas devušas uzlabošanas, bet pēc tam redze tomēr turpinājusi krist.

Prof. Dr. med. J. Uudelt's atzīmē, ka Tartu klīnikā ar atropīna injekcijām ārstēti 5 slimnieki ar 9 redzes nerva atrofijām, 4 slimniekiem tabētiska atrofija. Nevienā no šiem gadījumiem nav novērota uzlabošanās.

Prof. Dr. med. P. Avižonis ziņo, ka pēc 3. Visbaltijas Oftalmologu Sanāksmē Kauņā turētā Dr. Springovičas priekšnesuma Kauņas acu klīnikā ar retrobulbārām atropīna injekcijām 2 gadu laikā ārstēti 16 slimnieki (31 acs). No tiem 9 gadījumos panākumi nav sasniegti, 4 gadījumos sasniegta neliela uzlabošanās un 3 gadījumos gūti ļoti labi panākumi: vienā gadījumā (metilspirta un nikotīna intoksikācija) redzes spēja pacelta no 0 uz 0,5, otrā gadījumā ar tādu pašu etioloģiju no 0,05 uz 0,35 un trešā gadījumā (sklerosis multiplex) no 0,1 uz 0,5. Tabētiskās redzes nerva atrofijās panākumi nav novēroti.

Dr. Švarcs aizrāda, ka tabētiskās redzes nerva atrofijās ieteikts lietot arī intramuskulāras Kal. hypermang. injekcijas.

Dr. med. K. Balodis ziņo par tiklenes centrālās artērijas embolijām. 10 gadu laikā L. U. acu klīnikā uz 24.492 slimniekiem tiklenes centrālās artērijas aizsprostojumi novēroti 10 gadījumos. Starp šiem gadījumiem 6 gadījumos aizsprostota bija pati artērija un 4 gadījumos viņas zars. Meklējot pēc slimības cēloņiem, trijos gadījumos atzīmējama aortas saslimšana, divos gadījumos sirds slimības, 2 — hipertonijs, 1 gadījumā embolijas iespējamība pieļaujama un 2 gadījumos par iemeslu asinsriņķošanas pārtraukumam bija asinsvadu spasma.

Klīnikā slimnieki ieradās samērā vēlu: 5., 4., 5. dienā, pat 1 mēnesi pēc saslimšanas. 2 centrālās artērijas zaru embolijas gadījumos ar samērā vēl labu centrālo redzi 0,8 un 1,0 panākta neliela redzes lauka paplašināšanās; 1 gadījumā panākta centrālās redzes uzlabošanās no 0,5 uz 0,5 un 1 gadījumā centrālās redzes uzlabošanās no 0,1 uz 1,0, kā arī ievērojama redzes lauka paplašināšanās.

Centrālās artērijas stumbra embolijas gadījumos: 1 gad. ārstēšana palika bez panākumiem; 1 gad. redze pacēlās no gaismas sajūtas līdz 7/200, redzes lauks palika ļoti šaurs; 2 gad. redze no gaismas sajūtas 1/200 pacēlās uz 18/200, pie kam pirmā no viņiem paplašinājās redzes lauks uz laterālo pusi.

Artēriju spasmu gadījumos redze vienā gadījumā uzlabojās no 2/200 uz 16/200 un otrā no 1/200 uz 0,1. Stipri paplašinājās arī redzes lauks.

No terapeutiskiem paņēmieniem referents sīkāk pakavējās pie amilnītrīta ieelpojumiem un aizrāda, ka attiecībā uz tiklenes asinsvadu paplašināšanos pēc amilnītrīta ieelpojumiem pastāv domstarpības. Acu klīnikas novērojumi rāda, ka pa amilnītrīta ieelpošanas laiku uz papilla nervi optoci parādās sīki asinsvadu zariņi, kas agrāk nebija saskatāmi. Dažas artērijas, kas pirms ieelpošanas bija tukšas, piepildās ar asinīm, pārējās artērijas top plašākas. Baltās svītras, kas pavada artēriju, izzūd, parādās reflekss kā artērijās, tā vēnās. Acs dibens iegūst pilnīgi normālu izskatu.

Prof. Dr. med. J. Ruberts ziņo par asaru kanālišu cistām kā trachomas vēlinām sekām, demonstrējot attiecīgus preparātus un fotogrammas. Pie trachomas ļoti bieži saslīkst asaru kanāliši. Iekaisums dod striktūras. Ja tādas rodas pie ieejas asaru maisiņā un otra striktūra iestājas pie asaru punktiem, tad kanāliitis noslēgts no abām pusēm, kādēļ izveidojas cista. (Iespīests kā «Zystenbildung als Spätfolge trachomatöser Erkrankung der Tränenröhren» iekš Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 1954, Bd. 95).

Bez traucējumiem veikts sanāksmes pirmās darba dienas uzdevums: divās zinātniskās sēdēs nolasīti 11 referāti. Pēc īsa pārtraukuma sanāksmes dalībnieki vēlreiz pulcējas I. Pilsētas slimnīcas dārzā. Seko kopīgs izbraukums autobusos uz Rīgas Jūrmalu. Bulduru «Kasino» viesmīlīgās telpās pie kopēja vakariņu galda sanāksmes dalībnieki iepazīstas tuvāk savā starpā. Tā jautrās un nopietnās sarunās rit nemanot stundas un pēc īsas pastaigāšanās plūdmalē sanāksmes dalībnieki izklist.

3. jūnijā 1954. g.

Agri no rīta sanāksmes dalībnieki pulcējas Rīgas stacijā. Ķemeņu vilcienā sanāksmes dalībniekiem rezervēts plašs un ērts II. klases vagonš. Skaistais, saulainais rīts jau pats par sevi ienes dzīvību un jautrību. Brauciens gar Rīgas Jūrmalu dod nevien iespēju pārredzēt pēdējo, bet arī iespēju pašiem savā starpā brīvi iepazīties un sadraudzēties. Ķemeņu stacijā viesus sagaida Ķemeņu sēravotu iestādes direktors Dr. J. Lībietis. Pastaigādamies pa Ķemeņu skaisti uzpostu parku, sanāksmes dalībnieki noiet līdz «Jautrajam odam». Seko

III. zinātniskā sēde — Ķemeņu «Jautrajā odā».

Priv. doc. Dr. med. K. Apiņš referē par pirmsoperatīvās mikrofloras noteikšanas metodiku un nozīmi. Uzskati par pirmsoperatīvās mikrofloras noteikšanas nozīmi postoperatīvo infekciju novēršanā nav sevišķi sajūsminoši. Ļoti daudzi autori pilnīgi viņas nozīmi noliedz. Ar to, zināms, nav teikts, ka šī metode ir nevērtīga, bet gan vienīgi, ka viņa pašreiz vēl nav pietiekoši izkopta. Sīkāka iedziļināšanās izmeklēšanas metodikas sīkumos rāda, ka ir ļoti daudz momentu, kuņiem parasti pie-

griež samērā nelielu vērību, bet kas gala rezultātā ievērojami ietekmē izmeklēšanas iznākumus.

Nav vienaldzīgi, kādas baņotnes lieto pirmsoperatīvās mikrofloras noteikšanai. Klinikā izdarītie mēģinājumi rāda ievērojamu starpību izmeklēšanas rezultātos atkarībā no lietotām baņotnēm. Par visnoderīgākām šim mērķim izrādījās Truche ascīta buljons un Truche buljona ascīta agars. Katrā ziņā jālieto arvien cietā un šķidrā baņotne, jo pneumokoki labāk aug uz šķidrās baņotnes, stafilokoki un bac. xerosis labāk uz cietās.

Uz 500 izmeklētām acīm šī starpība pietiekoši instruktīvi izceļas:

Atrasti	Truche ascīta buljonā	Truche buljona ascīta agarā
Pneumokoki	88	52
Morax-Axenfeld	4	4
Bac. coli	5	4
Stafilokoki	164	279
Bac. xerosis	80	164

Kultūras jāizmeklē pēc 24 un 48 stundu augšanas, jo arī šie momenti var ietekmēt izmekles rezultātus. Tā izmeklējot 224 acis 24 stundu kultūrās, atrasta sterila 51 acs, pēc 48 stundu kultūrām vairs tikai 6. Īpašu vērību prasa stafilokoki. Kamēr balto stafilokoku var uzskatīt par maz bīstamu, dzeltētais operētai acij var kļūt bīstams. Grūtības rada jautājums, kad īsti stafilokoku kolonijās sāk parādīties dzeltēnā krāsa. 185 izmeklētos gadījumos pirmā dienā (24 stundu kultūrās) dzeltēnā krāsa kolonijās parādījusies 27 gadījumos, 2-ā dienā — 80 gad., 3-ā dienā — 25 gad., 4-ā dienā — 20 gad., 5-ā dienā — 11 gad., 6-ā dienā — 10 gad., un 7-ā dienā — 9 gadījumos. Pareizai stafilokoku sugas noteikšanai nepieciešams izturēt kultūras ilgāku laiku. Klinikā viņas novēro 7 dienas, 48 stundas viņas notur termostatā, pārējās dienas pie istabas temperatūras.

Ievērojot visus minētos momentus, var iegūt pietiekoši noteiktus rezultātus attiecībā uz konjunktīvas mikrofloru pirms operācijas. Pati operācija un tai sekojošais pārsējums tomēr no savas puses var ietekmēt konjunktīvas mikrofloras sastāvu. Lai izvairītos no postoperatīvām infekcijām, svarīgi zināt, cik tālu visi ar operāciju saistītie momenti atsaucas uz konjunktīvas mikrofloru. Uz prof. Ruberta kunga priekšlikumu acu klinikā katram operējamam slimniekam (priekš bulbus operācijām) uzliek uz 24 stundām pārbaudes pārsējumu. Konjunktīvas mikrofloru pārbauda pirms un pēc pārbaudes pārsējuma. Piedzīvojumi rāda, ka jau pārsējums vien var ievērojami ietekmēt konjunktīvas mikrofloras sastāvu. Tā 88 izmeklētās acis iegūta šāda aina:

Atrasti	Pneumokoki	Morax-Axenfeld	Bac. coli	Staph. flavus	Staph. albus	Bac. xerosis	Sterilas acis
Pirms pārbaudes pārsējuma	0	0	5	8	71	17	12
Pēc pārbaudes pārsējuma	8	0	12	19	80	15	2

Nav noraidāma varbūtība, ka pārsējums ietekmē arī baktēriju bioloģiskās īpašības. 11 gadījumos, kur 7 dienu laikā stafilokoku kolonijas turējās baltā krāsā, pēc pārbaudes pārsējuma aina daudz citāda: 24 stundās kolonijas kļuva dzeltānas — 4 gad., 48 stundās — 5 gad., 4.-ā dienā — 1 gad., 7.-ā dienā — 1 gadījums. Acīm redzot stafilokoku pigmenta produkcijas spēja zem pārsējuma pieaugusi.

Savelkot kopā visu pārrunāto, jāsecina, ka, noteicot pirmsoperatīvās konjunktīvas mikrofloru, iespējams izvairīties no postoperatīvām infekcijām. Izdarot izmeklēšanu, jāpieturas ļoti sīki izstrādātai izmeklēšanas metodikai. Uzsējumi jāuzliek uz šķidrās un cietās barotnes. Kultūras jāizmeklē pēc 24 un 48 stundu ilgās augšanas termostatā, pēc tam viņas jātur istabas temperatūrā līdz 7. dienai, lai varētu pareizi novērtēt stafilokoku koloniju krāsu. Paši uzsējumi jāņem mazākais divas reizes: pirms un pēc pārbaudes pārsējuma. Šāda izmeklēšanas metodika dos arī gaidāmos panākumus.

Dr. V. Strautiņš referē par dažām acu praksē sastopamo pneumokoku īpatnībām. Acu ārsta lielākais ieņaidnieks ir pneumokoks, it sevišķi, ja jātaisa operācija uz acs ābola. L. U. acu klinikā 451 personai sistematiski izmeklēta 791 acs, pie kam 152 acu citādi pilnīgi normālā konjunktīvā atrasti pneumokoki, t. i. 19,2%. Ar radzenes vātim saslimušās acis no 502 izmeklētiem gadījumiem 185 gadījumos atrasti pneumokoki, t. i. 71,7%. Pneumokoku morfoloģiskais izskats ir ļoti dažāds: lancetveidīgi diplokoki pa 2, īsas ķēdītes, sastāvošas no 4—6 locekļiem, un garas ķēdes. Arī virulences ziņā pneumokoki nav vienādi. Pētnieki par virulentu pneumokoku konstantām īpašībām uzskata: 1) augstu patogenitāti baltai pelei, 2) jutību pret optochīnu, 3) šķīdamību žultī vai natr. taurocholicum šķīdumā, 4) īpatnēju augšanu uz asins barotnēm.

Oftalmologus galvenā kārtā interesē jautājums, cik tālu iespējams noteikt, vai konjunktīvas maisā pirms operācijas atrastie pneumokoki acij virulenti, vai ne. Savos pētījumos centos noskaidrot, cik piemērotas šim mērķim iepriekš minētās pneumokoku īpašības. Pētījumi izdarīti divos virzienos: 1) noteikti acij virulentiem pneumokokiem pārbaudītas iepriekš minētās pneumokoku īpašības; 2) izmeklēts, kādas īpašības uzrāda normālā konjunktīvā atrastie pneumokoki.

Pirmā grupā pārbaudītas pneumokoku īpašības pneumokokiem, kas izolēti no strutojošām radzenes vātim (19 gad.), akūtiem konjunktīvītiem (5 gad.), vienkāršām radzenes vātim, traumatiskām vātim un tml. (6 gad.). No šo 50 gadījumos izolēto pneumokoku 24 stundu kultūrām pelei iesīrcināts 0,4 cm tīrkultūras subkutāni. Pele 24 stundu laikā nobeidzās 21 gadījumā, palika dzīva — 9 gad. Šķīdamība iekš natr. taurocholicum rādīja sekošu ainu: šķīst — 18 gad., nepilnīga šķīšana — 7 gad., šķīšanas nav — 5 gadījumos.

Puslīdz droši var teikt, ka pneumokoki, kas morfoloģiski aug kā garas ķēdes, nav nāvējoši baltai pelei un nešķīst iekš natr. taurocholicum. Secināt no tā avirulenci acij tomēr pārāgrī. Šīs metodes pašas par sevi ņemot vēl neizceļ pneumokoku virulenci attiecībā pret aci.

Pirmā metode deva negatīvus rezultātus 9 gadījumos, otrā 5 gadījumos un nenoteiktus 7 gadījumos. Jūtīgāka pārbaude ir šķīdamība iekš natr. taurocholicum, kādēļ praktiskiem mērķiem varētu viņu ieteikt.

Pārejot uz normālā konjunktīvā atrastiem pneumokokiem, jāatzīmē, kā šī grupā virulento pneumokoku īpašības sastopamas daudz retāk. No 22 gadījumiem pele nobeidzās tikai 10 gadījumos, palika dzīva 12 gad. No šķīdinātiem 18 pneumokokiem nešķīda — 10 gad., nepilnīga šķīšana — 5 gad., un pilnīga 5 gadījumos. Tā tad normālā konjunktīvā atrastiem pneumokokiem gadījumu vairākumā virulento pneumokoku īpašības nepiemīt. Pētījumi vēl nav pilnīgi noslēgti, kādēļ jau no minētā vien dot secinājumus praktiskam darbam vēl pārāgrī.

Prof. Dr. med. J. Uudelt's atzīmē, ka pirms operācijām uz acs ābola, jārupējas par konjunktīvas maisa iztīrīšanu. Sevišķa vērība jāpiegriež skropstu nogriešanai un vispār brīvās plakstiņa malas stāvoklim, jo taisni no plakstiņa malas un skropstām konjunktīvas maisā iekļūst slimības dīgļi. Kamēr Tartu klinikā šim momentam piegriezta nopietna vērība, zudušas infekcijas un arī atdalījums no konjunktīvas pēc operācijas vairs nav novērots.

Dr. Švares izteic pārliecību, ka pēc viņa novērojumiem sterila konjunktīvas maisa vispār nav, ja nav lietota ārstešana. Staph. albus un bac. xerosis sastopami vienmēr. Konjunktīvas flora bieži vien rāda ļoti mainīgu ainu. Patogēnas sīkbūtnes te parādās, te izzūd, pie kam konjunktīva arvien kliniski pilnīgi nevainojama. No otras puses, konjunktīvas maisā ar vienīgi sastopamo baktēriju staph. albus bieži vien novērojams gļotains atdalījums, kas nepadodas izārstēšanai. Šādos gadījumos ieteicams grieziņa brūci nosegt ar konjunktīvu.

Dr. med. K. Apīņš atzīmē, ka sistematiski izmeklējot konjunktīvas floru var novērst postoperatīvās infekcijas. Nevajag tomēr piemirst, ka baktērioloģiska floras noteikšana ir tikai papildus izmeklēšana un pirmā vietā stādāmi kliniski novērojumi. Pie veciem, novājinātiem subjektiem ar kliniski netīru konjunktīvu, arī ja pēdējā nav tieši patogēnu dīgļu, maz patogēnie dīgļi var kļūt bīstami, jo organisma pretošanās spējas pārāk mazas.

Pēc zinātniskās sēdes sanāksmes dalībnieki Ķemeņu sēravotu iestādes direktora Dr. J. Lībieša vadībā iepazīstas ar iestādes iekārtu. Dr. Lībietis sniedz dalībniekiem par visu iestādi un katru atsevišķo viņas nodaļu izsmēlošus un sīkus paskaidrojumus. Iepazīšanās ar vienu no labāk nostādītiem Latvijas kūrortiem velkas vairākas stundas un noslēdzas ar kopējām pusdienām „Jautrajā odā”. Šeit sanāksmes dalībniekus apsveic Latvijas Balneologu biedrības pārstāvis, izteicot starp citu savu prieku, ka Baltijas valšķu oftalmologi, noturot savu sēdi Latvijas kūrortā, līdz ar to savā ziņā izceļ medicīnas atsevišķo disciplīnu saistību un devuši ar to nevien Latvijas, bet arī kaimiņu valšķu oftalmoloģiem iespēju iepazīties ar Ķemeņu sēravotu iestādi. Ar to noslēdzas sanāksmes oficiālā daļa. Turpmākā dalībnieki nepiespiesti izklīst aplūkot Ķemeņu plašo parku, no jaunā skatu torņa iepazīties ar

Çemeŗu apkārtnes skatu, izbrauc uz Çemeŗu jūrmalu, salasīdamies vēl kopēji Çemeŗu kūrmājā pie kafijas galda. Vēlu vakarā seko brauciens atpakaļ uz Rīgu.

4. Visbaltijas Oftalmologu Sanāksme noslēdz vienu darba posmu un uzsāk jaunu. Nopietnā darbā un brīvā savstarpējā satiksmē Baltijas valšķu oftalmologiem dota iespēja iepazīties savā starpā, slēgt draudzības saites turpmākam darbam. Atliek tikai cerēt, ka šis darbs turpināsies jo tālāk, jo sekmīgāk un gludāk, ka tās saites, kas patlaban jau saista Baltijas valšķu oftalmologus kļūs nākotnē vēl ciešākas un sirsnīgākas.