

stwierdza się objawy zadrażnienia i cechy wzrostu guzów. Co niepokoi zarówno pacjenta, jak i jego opiekunów. Wycięcie guzka powinno być poprzedzone diatermokoagulacją otaczających znamień naczyń. U osób starszych, jeżeli znamień nie wzrasta, można je jedynie obserwowwać.

PISMIENICTWO

1. Benderitter T., Berard M., Bonerandi J., Lebreuil G.: Les proliférations mélaniques de la conjonctive. J. Franc. d'Ophthal. 8: 411—422 (1985). — 2. Duke-Elder S.,

Leigh A.: System of Ophthalmology, VIII Diseases of the outer eye, 1210—1219 (Kimpton, London 1965). — 3. Elsas F. J., Green W. R.: Epibulbar Tumors in Childhood. Amer. J. Ophthal. 79: 1001—1007 (1975). — 4. Jay B.: Naevi and Melanoma of the Conjunctiva. Brit. J. Ophthal. 49: 169—204 (1965). — 5. Manschot W. A.: Congenital Ocular Melanosis, Conjunctival Naevus, Conjunctival Melanosis, Conjunctival Melanoma. Ophthalmologica 125: 495—505 (1966). — 6. Offret G., Haye C.: Tumeurs de L'oeil et Des Annexes Oculaires, 144—163 (Masson, Paris 1971). — 7. Reese A. B.: Tumors of the Eye, 318—330 (Harper and Row, New York 1963).

Praca wpłynęła: 1.10.1987 (nr 5244).

(cd. ze str. 43)

przypały obejmujących 180—360° kąta przesączania. W 8 spośród 11 oczu po kilkakrotnie powtarzanej trabekuloplastyce obniżenie wewnątrzgałkowego ciśnienia utrzymywało się ponad rok. Po zastosowanym leczeniu nie obserwowano zwyczaj ciśnienia. Powtarzana kilka razy trabekuloplastyka okazała się szczególnie skuteczną u tych pacjentów, u których długotrwałe obniżenie ciśnienia uzyskiwano już po pierwszym zabiegu.

Anna Bernardczykowa

12. Siatkówka, ciało szkliste

LISCH W., WEIDLE E. G., RICHARD G., THIEL H. J.: Liczne torbiele siatkówki typu żółtkowatego. Kazuistyka i przegląd piśmiennictwa (Multiple vitelliforme Netzhautzysten. Kazuistik und Literaturübersicht). Klin. Mbl. Augenhk. 194: 120—128 (1989).

Przedstawiono pacjenta z licznymi torbielami siatkówki (vitelliformis) obejmującymi też plamkę, z normalnym EOG i bez zmian wrodzonych. Po 3 latach stwierdzono nasilone łączenie się torbieli, po 2 dalszych latach doszło do tworzenia się blizn w obrębie poprzednio istniejących torbieli. W dotychczasowej literaturze opisano 30 pacjentów z licznymi torbielami typu żółtkowatego. Najważniejsze rozpoznania tych pacjentów zestawiono tabelarycznie z własną kazuistiką. Pod względem dziedzinności można rozróżnić 2 grupy: 1 — liczne torbiele w ramach dystrofii żółtkowej Besta i 2 — tzw. przypadki pojedyncze bez wykazania dziedziczności. Wszystkie dotychczasowe przypadki grupy 1 wykazywały patologiczne EOG, podczas gdy te z grupy 2 posiadały zarówno normalne, jak i patologiczne EOG. Pacjenci z grupy 1 mają przeciętny wiek przeżycia 31 lat, a z grupy 2 od 2 do 39 lat. Należy ściśle odróżnić liczne torbiele siatkówki typu żółtkowatego od mnogich odwarstwień warstwy barwnikowej siatkówki.

Anna Bernardczykowa

15. Zaburzenia ruchomości, zęzy

NOWAK M. R., KOLLING G.: Mierzenie cyklodewiacji (Die Messung von Zyklodeviationen). Klin. Mbl. Augenhk. 194: 105—109 (1989).

Przy licznych wskazaniach wymagających pomiarów cyklodewiacji pojawia się zagadnienie dotyczące odpowiedniej metody badania. Przeprowadzono szereg prób u osób nie zezujących i mierzono cyklodewiację w polozieniu wyjściowym. Jednoczesne pomiary przeprowadzono trzema różnymi metodami, a oboczne pomiary przy pomocy czterech metod. Wykazano, że różne metody pomiarowe prowadzą do zróżnicowanych wyników. Przy

kontroli klinicznej należy stosować zawsze tę samą metodę. Prostą i niezawodną metodą przeglądową jest cylinder Maddoxa o podwójnej skali, który z dużą dokładnością umożliwia również pomiary przy spojreniu w górę i w dół.

Anna Bernardczykowa

PRATT-JOHNSON J. A., TILLSON G.: Trudne do leczenia dwojone po przywróceniu wzroku w przypadku zaćmy jednostronnej (Intractable diplopia after vision restoration in unilateral cataract). Amer. J. Ophthal. 107: 23—26 (1989).

24 pacjentów utraciło zdolność fuzji po zniesieniu widzenia obuocznego w wyniku jednostronnej zaćmy porażkowej obecnej przez ponad 2,5 roku lub w następstwie nie skorygowanej bezsoczewkowości jednostronnej. 3 pacjentów było w wieku 6 lat, 1 w wieku 8 lat, a pozostałych 20 miało w czasie urazu 10 lat lub więcej. U wszystkich pacjentów dwojone po usunięciu zaćmy lub po skorygowaniu bezsoczewkowości było trudne do leczenia. Aniseikonnia nie była przyczyną braku fuzji, gdyż wszczęcie sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej nie zapobiegło dwojoni. Dwojone nie ustępowało również po leczeniu zasłanianiem zdrowego oka.

Anna Bernardczykowa

17. Nowotwory, choroby ogólne a oko

SCHMIDT T., FEICHT B.: Zanik połowy twarzy z jednostronnym zwłóknieniem wszystkich zewnętrznych mięśni oka (Hemiatrophia faciei mit monolateraler Fibrosierung aller äußeren Augenmuskeln). Klin. Mbl. Augenhk. 194: 117—119 (1989).

Obraz chorobowy zaniku połowy twarzy wykazuje różnorodny obraz zanikowych procesów części miękkiej i kości. Również gałka i oczodół mogą być zajęte przez postępujące zmiany zanikowe. Przedstawiono 53-letnią osobę z wrodzonym zwłóknieniem wszystkich zewnętrznych mięśni oka. Wobec tego, że nie ma bezpośredniego zaniku tej samej strony połowy twarzy obraz chorobowy odpowiada wrodzonej, a nie postępującej formie hemiatrofii twarzy.

Anna Bernardczykowa

DEUTCH D., LEVIS R. A.: Wewnątrzgałkowe ciśnienie po sercowo-płucnej chirurgii metodą bypass (Intraocular pressure after cardiopulmonary bypass surgery). Amer. J. Ophthal. 107: 18—22 (1989).

U 46 pacjentów badano efekt chirurgii metodą bypass. Badano przed- i pooperacyjnie ostrość wzroku, ciśnienie wewnątrzgałkowe, wagę ciała, płyny infuzyjne w

(cd. na str. 24)

CHOROBA przeszczepu może wystąpić po przypadkowych infekcjach ogólnych (np. angina, grypa) i miejscowych oraz urazach oczu. Na problem ten zwróciliśmy uwagę w poprzednich pracach¹⁻³. Zapobieganie chorobie przeszczepu polega więc także na chronieniu pacjentów po keratoplastyce przed zakażeniem i urazem.

OBSERWACJE WŁASNE

Obejmują one 5 pacjentów po przeszczepieniu rogówki, u których wystąpiły objawy choroby przeszczepu w przebiegu epidemicznego zapalenia spojówki i rogówki, jesienią 1987 r.

Przypadek 1. Pacjent w wieku 29 l., przyjęty do naszej kliniki z powodu zaawansowanego stożka rogówki o.l. Operowany 9.09.1987 r. (przeszczep drążący 8 mm), po upływie 4 tygodni wypisany do domu. Vis. o.s. — 5/6, oko spokojne, przeszczep przezroczysty, dobrze zaadaptowany, szwy napięte. Po 10 dniach pacjent zgłosił się ze skargami na uczucie ciała obcego i silne łzawienie oka lewego. W chwili przyjęcia stwierdzono: vis. o.s. — 1/40, duże przekrwienie mięska łzowego, spojówki sklepień przekrwione, grudkowate. Przeszczep w całości obrzęknięty, barwi się punkcikowato fluorescująco, z grubymi pofałdowaniami blaszki granicznej tylnej. Na tylnej powierzchni płatka osady, układające się w postaci nieregularnej linii izokoncentrycznej. Rogówka własna — bez zmian, szew napięty, tęczęwka spokojna, źrenica reaguje na światło, szerokość źrenicy — jak w oku prawym. Zastosowaliśmy iniekcje Depomedrolu pod pochwętkę Tenona, do worka spojówkowego krople Maxitrol co godzinę; z powodu braku poprawy podaliśmy hydrokortyzon (domięśniowo) w dawce 300 mg dziennie. Po upływie 2 tygodni nastąpiła poprawa. Odstawiliśmy iniekcje hydrokortyzonu. Chory nadal otrzymywał miejscowo 1% Dretromycynę i Dexametazon co 2 h. Z tymi zaleceniami wypisaliśmy chorego do domu po 4 tygodniach leczenia szpitalnego. Ostrość wzroku i stan oczu — jak w dniu wypisania po operacji. Po upływie 2 tygodni, w czasie badania kontrolnego stwierdziliśmy drobne, podnabłonkowe nacieki w rogówce oka prawego, oko lewe — jak w dniu wypisu.

Przypadek 2. Pacjentka 1. 29, przyjęta do kliniki 8.11.1987 r. z powodu zaawansowanego stożka rogówki w oku prawym. We wrześniu 1986 r. była operowana w naszej klinice (przeszczep drążący 8,5 mm) z powodu stożka IV° w oku lewym. Obecnie, w dniu przyjęcia vis. o.d. — 5/50, vis. o.s. — 5/6 sc. W dniu 10.11.1987 r. wykonaliśmy przeszczepienie rogówki drążące (7,5 mm) w oku prawym. Po 2 tygodniach od operacji wystąpiły u chorej objawy zapalenia spojówek z przekrwieniem mięska łzowego w oku lewym. Płatek pierwszego przeszczepu lśniący, przezroczysty. Oko prawe spokojne, przeszczep prawidłowy (nieliczne delikatne pofałdowania blaszki granicznej tylnej). Po upływie 10 dni stwierdziliśmy w przeszczepie rogówki oka lewego 3 okrągłe nacieki podnabłonkowe o średnicy 0,1—0,2 mm. Oko prawe bez odchyłań.

Przypadek 3. Pacjent 1. 19, przyjęty do kliniki z powodu ostrego stożka rogówki w oku lewym. Vis. o.d.

Z Kliniki Okulistycznej II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Zofia Trzcńska-Dąbrowska

Reprint requests to: Dr med. Ewa Iwaszkiewicz, ul. Brońskiego 11 B m. 41; 01-780 Warszawa, Poland

EWA IWASZKIEWICZ

Choroba przeszczepu rogówki a keratoconjunctivitis epidemica

GRAFT DISEASE AND EPIDEMIC KERATOCONJUNCTIVITIS

Presented are personal observations of 5 patients after corneal grafting who exhibited signs of graft disease in the course of epidemic keratoconjunctivitis in Autumn 1987. Clinical signs and methods of procedure are discussed. In one case the graft partially opacified due to an additional trauma.

HASŁA: keratoplastyka, choroba przeszczepu, keratoconjunctivitis epidemica

KEY WORDS: keratoplasty, graft disease, epidemic keratoconjunctivitis

— 5/5, vis. o.s. — 0,5/50. W dniu 29.09.1987 r. wykonaliśmy przeszczepienie drążące rogówki (8 mm) w oku lewym. Po upływie 3 tygodni od operacji: vis. o.s. — 5/5 sc, oko spokojne, płatek przezroczysty, dobrze zaadaptowany, szwy prawidłowe. W 4 tygodniu wystąpiły objawy zapalenia spojówek, z przekrwieniem mięska łzowego. Stwierdziliśmy izokoncentryczną linię osadów na tylnej powierzchni płatka. Płatek obrzęknięty, w rogówce gospodarza pojawiły się naczynia powierzchowne. Oko prawe — bez zmian. Zastosowaliśmy leczenie jak w przypadku 1, dodatkowo iniekcje Depomedrolu 3× co 10 dni. Chorego wypisano w 9 tygodniu po operacji z ostrością wzroku o.l. 5/5 sc. Płatek lśniący, przezroczysty. Naczynia w rogówce gospodarza zanikły. Dalsze odcinki oka — bez zmian.

Przypadek 4. Pacjent 1. 59, w październiku 1986 wykonaliśmy przeszczepienie rogówki w oku prawym (8,5 mm) z powodu stożka rogówki, z jednoczesnym usunięciem zmętniałej soczewki. We wrześniu 1987 (w czasie badania kontrolnego) vis. o.d. — 5/6 cc+10,0 Dsph, vis. o.s. — 0,5/50 (stożek rogówki, zaćma początkowa, cukrzycowe zwyrodnienie siatkówki w obu oczach). Przyjęty ponownie do naszej kliniki 4.11.1987 z powodu przekrwienia spojówek i mięska łzowego w oku prawym, dużego łzawienia, obrzęku przeszczepu i licznych osadów na całej tylnej powierzchni przeszczepu. Rogówka gospodarza, tęczęwka w oku prawym i lewym — bez zmian. Zastosowaliśmy leczenie: iniekcje Depomedrolu pod pochwętkę Tenona, Dretromycyna i Dexametazon w kroplach — co godzinę. Osady ustąpiły po 10 dniach, obrzęk przeszczepu cofnął się po 4 tygodniach. W dniu wypisu — vis. o.d. — 5/5 cc+10 Dsph.

Przypadek 5. Pacjent 1. 30, w dniu przyjęcia: vis. o.d. — 5/5, vis. o.s. — 1/50, oko prawe — bez zmian chorobowych, oko lewe — rozległe, unaczynione bielmo po oparzeniu parą wodną pod ciśnieniem. W dniu 23.10.1987 wykonaliśmy warstwowe przeszczepienie rogówki w oku lewym (9 mm). W 4 dniu po operacji chory zaczął uskarżać się na uczucie ciała obcego i łzawienie w oku prawym (zdrowym). Spojówki i mięsko łzowe — przekrwione. Po upływie 8 dni stwierdziliśmy liczne, drobne nacieki pod nabłonkiem rogówki. W tym czasie oko lewe było spokojne, płatek przezroczysty, nie barwił się fluorescująco, vis. o.s. — 5/10. Po upływie 2 dni

wystąpiło zławienie i przekrwienie spojówek oka lewego, obrzęk mięsaka łzowego i powieki górnej. Po upływie 10 dni stwierdziliśmy barwiącą się fluoresceiną, izowię 10 dni stwierdziliśmy barwiącą się linię nabłonkową koncentryczną, stopniowo zamykającą się linię nabłonkową. Chory otrzymał iniekcje Depomedrolu pod powokę Tenona, Maxitrol (w kroplach) co 2 godziny. Ponieważ nie było poprawy, po 2 dniach rozpoczęliśmy podawanie hydrokortyzonu (3×100 mg w iniekcji do mięśniowej). Linia nabłonkowa stopniowo zwała się i rozrzedzała. Zmiany chorobowe ulegały poprawie, niestety pacjent został skałeczony zakraplaczem w okolicy paracentralnej przeszczepu, w centrum zamkniętej, prawie zanikłej linii nabłonkowej. Musieliśmy odstawić Maxitrol i hydrokortyzon, by ubytek nabłonka mógł się zregenerować. Nastąpiło zagojenie, z przymgleniem przeszczepu w okolicy skałeczona. Na obwodzie przeszczepu stwierdziliśmy delikatne, regularne, okrągłe przymglenia, *vis. o.s.* — 5/50 (z trudem).

OMÓWIENIE

Mimo rygorystycznych sposobów ochrony, 5 naszych pacjentów po keratoplastyce zachorowało na nagminne

zapalenie rogówki i spojówki jesienią 1987 r. Tylko w 1 przypadku doszło do częściowego zmętnienia przesiłczy, dzięki właściwemu postępowaniu leczniczemu, przeszczepy pozostały przezroczyste.

Niniejsza praca potwierdza nasze wcześniejsze obserwacje¹⁻³, że infekcje wirusowe (i urazy oka) są czynnikiem wyzwalającym wystąpienie choroby przeszczepu po keratoplastyce.

PIŚMIENNICTWO

1. Trzcńska-Dąbrowska Z., Iwaszkiewicz E., Prządka L.: Współczesne problemy keratoplastyki w świetle obserwacji własnych. *Klin. oczna* 83: 525-527 i 529-531 (1981). — 2. Trzcńska-Dąbrowska Z., Iwaszkiewicz E., Prządka L.: Współczesne problemy keratoplastyki. (PZWL, Warszawa 1985). — 3. Trzcńska-Dąbrowska Z., Iwaszkiewicz E.: Keratoplastyka w leczeniu bielmy porażkowych. *Klin. oczna* 88: 375-376 (1986).

Piśmiennictwo obce jest obszernie cytowane w powyższych pracach.

Praca wpłynęła: 23.1.1988 (nr 5306).

(cd. ze str. 22)

czasie leczenia chirurgicznego, hematokryt itd. Pierwszego dnia po zabiegu ciśnienie wewnątrzgałkowe wzrosło o 2,1 mm Hg (P=0,03) w stosunku do poziomów przedoperacyjnych. Po pierwszym dniu ciśnienie wewnątrzgałkowe wzrosło u 29 (63%) pacjentów. U 3 pacjentów (7%) stwierdzono wzrost ciśnienia o więcej niż 10 mm Hg. Średnie ciśnienie wewnątrzgałkowe wróciło do normy 3 dnia po operacji. Waga pacjentów wzrosła w stosunku do poziomów przedoperacyjnych przeciętnie 9,3 funta (P=0,001) pierwszego dnia oraz 6,5 funta dnia trzeciego. Przeciętny spadek wartości hematokrytu pierwszego dnia wynosił 11,3% (P=0,001), pozostając na tym poziomie przez trzy dni. Żaden z pacjentów nie skarżył się na zaburzenia widzenia i żaden nie wykazywał większego ubytku ostrości wzroku do bliży. Wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego nie pozostawał w związku ze wzrostem wagi po operacji lub ze spadkiem hematokrytu. Niemniej jednak stosowanie leków potrzebnych w czasie chirurgii serca może stanowić problem. Stwierdzono, że jedną z przyczyn zaburzeń ostrości wzroku po zabiegach kardiochirurgicznych są wahania ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Anna Bernardczykowa

18. Chirurgia, znieczulenie

OLDENDOERP J.: Wymiana płyn-gaz w chirurgii ciała szklatego przy pomocy szerokokątnego systemu obserwacyjnego BIOM, VPFS i SDI (Flüssigkeits-Gas-Austausch bei der Glaskörperchirurgie mit Hilfe der Weitwinkelbeobachtungssysteme BIOM, VPFS und SDI). *Klin. Mbl. Augenhk.* 194: 129-132 (1989).

Szerokokątne systemy obserwacji BIOM, VPFS i SDI mają według Spitznas i Reiner następujące zalety: 1 —

szeroki kąt obserwacji, 2 — duża ostrość głębi, 3 — stereopsja, 4 — dobra widoczność przy mniejszej przezroczystości ośrodków optycznych i wąskiej źrenicy, 5 — obraz pionowy i w poziomie prawidłowy, 6 — możliwość powiększenia za pomocą obiektywu ZOOM, 7 — możliwość obserwacji przez asystenta, 8 — dobra widoczność granicy dwóch ośrodków optycznych (płyn-gaz, płyn-silikon lub gaz-silikon) oraz 9 — dobra ruchomość gałki ocznej. W przeciwieństwie do konwencjonalnych soczewek nagałkowych stosowanych w chirurgii ciała szklatego umożliwiają one witektoomię i usuwanie błon z tylnego bieguna aż do podstawy ciała szklatego, jak również w obrębie przedniego pociągania pierścieniowego. Ułatwiają one również chirurgię ciała szklatego w oku wypełnionym gazem zarówno w oku soczewkowym, jak i bezsoczewkowym oraz po wszczepieniu sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej.

Anna Bernardczykowa

19. Higiena wzroku, historia okulistyki, miscellanea

DIETRICH H.H.: Okuliści na znaczkach pocztowych. Przyczynek do historii medycyny (*Augenärzten auf Briefmarken. Ein Beitrag zur Medizingeschichte*). *Klin. Mbl. Augenhk.* 194: 133-138 (1989).

Przedstawiono historię okulistyki w małych seriach znaczków. 18 znaczków jest poświęconych wielkiemu okulistom. Są też znaczki łączone, przedstawiające takich okulistów, jak: Imre, Grosz, Blaskovics lub Gullstrand, Fitatow, Gonin. Jest to ciekawy sposób ułatwiający poznanie historii medycyny.

Anna Bernardczykowa

OSTRA niewydolność tętnicy ocznej (o.n.t.o.) lub jej ekwiwalent w postaci niewydolności krążenia siatkówkowego i rzęskowego jako jedyny objaw niedrożności tętnicy szyjnej wewnętrznej (n.t.sz.w.) rozpoznawana jest rzadko¹⁻³. Wynika to być może z niedoskonałości metod diagnostycznych. Znaczenie częściej rozpoznawana jest ostra niedrożność tętnicy środkowej siatkówki z charakterystyczną triadą objawów.

Wprowadzenie metody ultrasonografii dopplerowskiej pulsacyjnej zogniskowanej (u.d.p.z.) umożliwiło szybką i nieinwazyjną ocenę krążenia zarówno w obrębie tętnic szyjnych wewnętrznych (t.sz.w.), tętnic wewnątrz-mózgowych, tętnic ocznych (t.o.) i tętnic rzęskowych tylnych (tr.r.z.)^{1,2}.

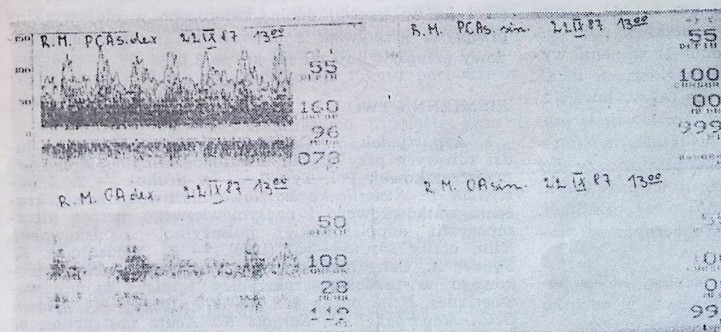
Celem naszym jest przedstawienie chorego, u którego obraz kliniczny sugerował ostrą niewydolność tętnicy środkowej siatkówki i dopiero wykonane badanie u.d.p.z. natychmiast po zgłoszeniu się chorego do kliniki, uściśliło rozpoznanie.

PRZYPADEK WŁASNY I OMÓWIENIE

Chory R.M., lat 41, zgłosił się z powodu nagłego zaniewidzenia o.l. trwającego od 2 h. W wywiadzie podał, że od 6 miesięcy miał przemijające zaniewidzenia o.l. Od kilku lat leczy się z powodu bólów głowy. Badaniem okulistycznym stwierdzono: o.p. — ostrość wzroku do dali i bliży pełna. Ciśnienie śródgałkowe — 17,3 mm Hg. Z odchyłem od normy — zmiany stwardnieniowe naczyń siatkówki II°. Oko lewe: ostrość wzroku — brak poczucia światła. Ciśnienie śródgałkowe — 12,2 mm Hg. Z odchyłem od normy — błada, płaska tarcza nerwu wzrokowego; siatkówka w całości błada, obrzęknięta, brak objawu wiśni w plamce; tętnice zamknięte, odcinkami z ziarnistym przepływem, żyły bardzo wąskie.

Wykonano natychmiast badanie u.d.p.z., aparatem TC-2-64, firmy EME (RFN), sondami o częstotliwości 2 i 8 MHz. Technika badania podano w poprzednich pracach^{1,2}. Stwierdzono: 1) zwięźnienie tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej na poziomie kąta żuchwy, 2) brak przepływu krwi w tętnicy ocznej lewej, 3) brak przepływu w tętnicach rzęskowych tylnych lewych — ryc. 1.

U chorego wykonano punkcję komory przedniej, podano eufilinę, papawerynę i kawinton — pozajelitowo co 8 h 1 amp.



Ryc. 1. Krzywe prędkości przepływu krwi w tętnicach rzęskowych prawych (PCAs dex) i lewych (PCAs sin) oraz w tętnicy ożnej prawej (OA dex) i lewej (OA sin) w chwili przyjęcia chorego do kliniki.

EWA AUGUSTYNIAK i IRENA SUPRUNOWICZ

Ostra niewydolność tętnicy ocznej w przebiegu niedrożności tętnicy szyjnej wewnętrznej

ACUTE INSUFFICIENCY OF THE OPHTHALMIC ARTERY IN THE COURSE OF OCCLUSION OF INTERNAL CAROTID ARTERY

The authors present a case of a patients aged 41 years in whom the acute insufficiency of the ophthalmic artery was the first and single sign of an internal carotid occlusion. Doppler's pulsating focused ultrasonography showed to be an indispensable method which rendered possible a prompt diagnosis. Besides — this method enables us to evaluate the dynamics of changes — the regeneration of the ciliary circulation with a compensatory perfusion of blood in some branches of the posterior ciliary arteries, the creation of collateral circulation from the ipsilateral external carotid artery through the ophthalmic artery with a reverse direction of perfusion in its extent and creation of a collateral circulation from the contralateral internal carotid through the anterior cerebral artery.

HASŁA: ostra niewydolność tętnicy ocznej, niedrożność tętnicy szyjnej wewnętrznej, ultrasonografia dopplerowska pulsacyjna zogniskowana

KEY WORDS: acute insufficiency of the ophthalmic artery, occlusion of internal carotid artery, Doppler's pulsating focused ultrasonography

Badaniem neurologicznym nie stwierdzono odchyła od normy, niemniej neurolog zalecił reżim łóżkowy.

Po 8 h ostrość wzroku o.l. poprawiła się do poczucia światła, bez rzutowania. Pojawił się przepływ krwi w gałęziach skroniowych tr.r.z. lewych oraz w t.o. lewej — ryc. 2.

Następnego dnia ostrość wzroku wynosiła poczucie światła z prawidłowym rzutowaniem. Badanie u.d.p.z. nie wniosło nowych danych.

W drugiej dobie stwierdzono dalszą poprawę ostrości

wzroku do liczby palce z odległości 30 cm, pojawił się wzmoczony przepływ krwi w gałęziach skroniowych tr.r.z. lewych, przewyższający dwukrotnie przepływ w tr.r.z. prawych. Zwraca uwagę bardzo niski wskaźnik pulsacji — 0,47 — w tętnicach ze wzmocnionym przepły-

Z Kliniki Okulistycznej AM w Łodzi, kierownik: prof. dr med. Irena Swietliczko

Reprint requests to: Dr med. Ewa Augustyniak, ul. Kniaziewicza 4 m. 42; 91-347 Łódź, Poland