

uwagę tylko 1 oko u chorej z poprawą obuoczną) i 21 pozostałych, wybranych losowo. Rozkład wahań dobowych P przed i po podaniu leku u 12 chorych z poprawą obiektywną przedstawia tab. III.

Srednia wartość wahań dobowych P u 12 chorych z poprawą wynosiła przed podaniem leku 7,9167 ± 2,503 mm Hg a po podaniu leku 3,4167 ± 1,311 mm Hg. Srednia ta u 21 chorych bez poprawy wynosiła odpowiednio 5,6667 ± 1,906 mm Hg przed podaniem leku i 3,3810 ± 1,431 mm Hg po leku. Grupy nie różniły się po podaniu leku, natomiast różniły się przed jego podaniem — $p < 0,007$. Różnica w górnych wartościach P przed i po podaniu leku wynosiła dla 12 chorych średnio 5,500 ± 1,508 mm Hg, a dla pozostałych 21 — 3,857 ± 1,424 mm Hg. Obie grupy i w tym względzie różniły się w sposób statystycznie istotny ($p < 0,004$).

OMÓWIENIE

Timoptic stosowany od wielu lat w leczeniu jaskry^{7,9,10}, z powodzeniem odbarcza ostre s.r. i obniża ciśnienie śródgałkowe w jaskrze wtórnej, posterydowej, po keratoplastyce. Największą liczbę przypadków jaskry zaobserwowano po przeszczepach właśnie w s.r.⁴. Działanie Timopticu na zakończenia beta adrenergiczne i doświadczenia praktyczne zadecydowały o wybraniu tego leku do badań. Z tab. I wynika, że po zastosowaniu 0,5% roztworu Timopticu 2× dziennie po 1 kropli do oczu przez 2 tygodnie, P powyżej 16 mm Hg miało 37,8% oczu prawych i 25,0% oczu lewych. Zmniejszyły się również wahania dobowe. Ich średnia amplituda wynosiła dla o.p. 3,378 ± 1,441 mm Hg, dla o.l. 3,333 ± 1,042 mm Hg. Różnice wahań dobowych P przed i po leku okazały się dla obu oczu wysoce statystycznie istotne ($p = 0$). Tylko w 3 oczach prawych (8,1%) i 1 oku lewym (2,7%) wahania P po leczeniu przekraczały 5 mm Hg w ciągu doby. Większość badanych po leczeniu odczuła poprawę, a u 12 chorych w 13 oczach stwierdzono poprawę obiektywną w postaci zaniku linii pionowych rozciągnięcia zrębu rogówki (linie Vogta) i wzmoczonego refleksu ze śródbłonka^{2,4} oraz poprawy ostrości wzroku o 0,2 do 0,3. U 4 chorych nie stwierdzono żadnej reakcji na lek — prawie identyczne krzywe dobowe przed i po leczeniu. Dwóch z tych chorych brało przewlekłe leki antydepresyjne. Czterech chorych nie reagujących na leczenie Timoptikiem wyłączono z następnej analizy i porównano 12 oczu z poprawą obiektywną z 21 oczami bez takiej poprawy. Z tab. III wynika, że 83,3% oczu z poprawą obiektywną miało przed leczeniem wahania dobowe P powyżej 5 mm Hg. Po leczeniu ani jedno oko nie miało wahań przekraczających 5 mm Hg. Srednia wartość wahań dobowych P

u 12 chorych wynosiła przed podaniem leku 7,9167 ± 2,503 mm Hg a po leczeniu 3,4167 ± 1,311 mm Hg, podczas gdy w grupie bez poprawy obiektywnej, średnia wartość wahań P przed leczeniem wynosiła 5,6667 ± 1,906 mm Hg a po leczeniu 3,3810 ± 1,431 mm Hg. Grupy — 12 oczu z poprawą obiektywną i 21 bez tej poprawy — różniły się zarówno pod względem wahań P przed leczeniem ($p < 0,007$), jak i górnych wartości dobowych P przed i po leczeniu ($p < 0,004$). Dwóch chorych po kilku tygodniach zaprzestało przyjmowania leku z powodu złej tolerancji.

PODSUMOWANIE

Timoptic może okazać się lekiem pomocnym w powstrzymaniu rozwoju s.r. Należy go stosować, podobnie jak w jaskrze, po sprawdzeniu skuteczności działania u poszczególnych chorych. Należy liczyć się z działaniem ubocznym Timopticu — ogólnym np. w dyshawicy oskrzelowej, która często towarzyszy s.r. i miejscowym — podrażnieniem i wysychaniem spojówek i rogówki. Działanie leku może być przejściowe. U 1 z naszych pacjentek po pół roku P przekroczyło 17 mm Hg, pogorszyła się ponownie ostrość wzroku i powróciły linie rogówkowe.

PISMIENICTWO

1. Arkin W.: Jaskra i jej leczenie, 11—73 (PZWL, Warszawa 1966).
2. Brooks A.M., Robertson I.F., Mahoney A.M.: Ocular rigidity and intraocular pressure in keratoconus. Austral. J. Ophthal. 12: 317—324 (1984).
3. Ehlers N., Bramsen T., Sperling S.: Applanation tonometry and central corneal thickness. Acta. Ophthal. 53: 34—44 (1975).
4. Foster C.S., Yamamoto G.K.: Ocular rigidity in keratoconus. Amer. J. Ophthal. 86: 802—807 (1978).
5. Orłowski W.: Okulistyka współczesna, I, 504—512 (PZWL, Warszawa 1975).
6. Shiose Y., Kawase Y.: A new approach to stratified normal intraocular pressure in a general population. Amer. J. Ophthal. 101: 714—721 (1986).
7. Steinert R., Thomas J., Boger W.: Long-term drift and continued efficacy after multiyear timolol therapy. AMA Arch. Ophthal. 99: 106—103 (1981).
8. Trzcńska-Dąbrowska Z., Iwaszkiewicz E., Prządka L.: Współczesne problemy keratoplastyki, 57—68 (PZWL, Warszawa 1985).
9. Wilson R., Spaeth G., Poryzees E.: The place of timolol in the practice of ophthalmology. Amer. J. Ophthal. 87: 451—454 (1980).
10. Zimmerman T.J., Kaufman H.E.: Timolol, a beta adrenergic blocking agent for the treatment of glaucoma. AMA Arch. Ophthal. 95: 601—604 (1977).

Praca wpłynęła: 22.11.1988 (nr 5460).

Autorka składa podziękowanie dr Grażynie Wiczkowskiej z Katedry Psychologii Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego, za pomoc w statystycznym opracowaniu badań.

OBSERWACJA 4 ciężkich przypadków wytrzeszczu naciekowo-obrzękowego z podwyższonym ciśnieniem śródgałkowym (c.s.), nie poddających się leczeniu środkami farmakologicznymi stosowanymi w jaskrze, nasuwała myśl kontynuowania badań¹.

Celem niniejszej pracy jest badanie wpływu zmian naciekowo-obrzękowych w tkankach okołogałkowych i mięśniach okoruchowych na wartości c.s. oraz badanie częstości występowania jaskry pierwotnej otwartego kąta przesączania u pacjentów z chorobą Gravesa-Basedowa.

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem objęto 57 chorych w wieku 29—77 lat, w tym 46 kobiet i 11 mężczyzn, przed rozpoczęciem kortykoterapii. Chorzy stanowili jednorodną grupę, w której rozpoznanie choroby Gravesa-Basedowa oparto na wynikach kompleksowych badań klinicznych. Stopień i zaawansowanie zmian oceniano wg klasyfikacji Wernera uwzględniając zmiany w tkankach miękkich okołogałkowych, upośledzenie ruchomości mięśni okoruchowych, zmiany w rogówkach i n. wzrokowych.

Wyłączono 2 przypadki jaskry wąskiego kąta przesączania rozpoznane i leczone przed wystąpieniem choroby Gravesa-Basedowa. U wszystkich chorych oceniano ostrość wzroku do dali i do blizy, osadzenie galek ocznych w oczodołach (pomiar egzoftalmometrem Hertla), szerokość szpar powiekowych, równowagę mięśniową. Następnie wykonywano pomiary c.s. tonometrem aplnacyjnym Goldmanna, obliczano współczynnik łatwości odpływu (C) z uwzględnieniem sztywności twardówki (K) wg nomogramu Friedenwalda, obliczano liczbę Leydheckera, wziernikowano dno oczu, badano pole widzenia na perymetrze kulistym oraz wykonywano gonioskopię. Zbierano wywiad w kierunku występowania jaskry w rodzinie.

WYNIKI

U 57 chorych (114 oczu) stwierdzono: podwyższenie c.s. powyżej 21 mm Hg w 12 oczach (10,5%), c.s. blisko górnej granicy normy w 21 oczach (18,4%). Wszyscy ci chorzy należeli do grupy najbardziej zaawansowanych zmian naciekowo-obrzękowych w m. gałkoruchowych, spojówce gałkowej i powiekach.

Obniżenie współczynnika C do 0,14 obserwowano w 2 oczach, w granicach 0,15—0,18 w 8 oczach, a obniżenia współczynnika K poniżej 0,0135 wykryto w 5 oczach, przy prawidłowym dla tych oczu współczynniku C (> 0,34).

Wartość liczby Leydheckera powyżej 100 (ale nie wyższą od 125) stwierdzono w 5 oczach.

Jedna osoba obciążona była wywiadem rodzinnym w kierunku jaskry.

Nieprawidłowe lub graniczne wartości powyższych parametrów nie powtarzały się w tym samym oku. Tylko w 1 oku z c.s. 25 mm Hg stwierdzono C graniczne (0,17). U 1 osoby obciążonej wywiadem rodzinnym stwierdzono c.s. 20 i 20,5 mm Hg przy prawidłowych wartościach C i K.

Z Kliniki Okulistycznej II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Zofia Trzcńska-Dąbrowska oraz z Kliniki Endokrynologicznej i z Konsultacyjnej Poradni Endokrynologicznej w Warszawie, kierownik: prof. dr med. Stefan Zgliczyński

Reprint requests to: Dr med. Małgorzata Wąsowska, ul. Słowackiego 5/13; 01-690 Warszawa, Poland

MAŁGORZATA WĄSOWSKA, JADWIGA JANIK
i STEFAN ZGLICZYŃSKI

Hydrodynamika oczu u osób z wytrzeszczem naciekowo-obrzękowym w chorobie Gravesa-Basedowa

HYDRODYNAMICS OF THE EYES IN PERSONS WITH INFILTRATIVE-OEDEMATOUS EXOPHTHALMOS IN GRAVES-BASEDOW'S DISEASE

Hydrodynamics of the eyes was investigated in 57 patients with exophthalmos, with various degree of infiltrative changes. Open angle glaucoma was not found in any case. In 12 eyes (10.5 p.c.) one observed a raised IOP (over 21 mm Hg) — checked by means of an applanation tonometer with the patient looking straight on; in 24 eyes (18.4 p.c.) the IOP was near the upper limit of the normal pressure. Characteristic for glaucoma pathological changes of the optic disc and the visual field were absent in examined patients. All of them had the filtration angle open. The authors found a statistically significant dependency between the IOP and the degree of changes in the motor muscles, conjunctival tissue and in the lids. The authors suggest that the changes in the intraocular pressure have an external cause and stem from the disturbances of the venous circulation with exclusion of the primary hypertension.

HASŁA: choroba Gravesa-Basedowa, wytrzeszcz naciekowo-obrzękowy, hydrodynamika oczu

KEY WORDS: Graves-Basedow's disease, infiltrative-oedematous exophthalmos, hydrodynamics of the eyes

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej stosując test „chi kwadrat”. Analizowane zależności między wartościami c.s. a stopniem zajęcia m. okoruchowych, powiek i spojówek okazały się statystycznie istotne.

Nie stwierdzono znamiennej statystycznej zależności między c.s. a stopniem wytrzeszczu.

Znaleziono w 9 przypadkach zmiany w polu widzenia nie były charakterystyczne dla jaskry. Nie stwierdzono również zmian wziernikowych w tarczy n. wzrokowego, kąty przesączania były otwarte, szerokie o widocznych wszystkich strukturach.

OMÓWIENIE

U pacjentów z wytrzeszczem naciekowo-obrzękowym charakterystyczne są: uszkodzenie funkcji mięśni okoruchowych, zmiany naciekowe i obrzęk w powiekach i spojówce gałkowej, powiększenie zawartości tkanki włóknisto-tłuszczowej w oczodołach. Może to powodować podwyższenie c.s. w wyniku: 1) zmiany napięcia i elastyczności ściany gałki ocznej pod wpływem ucisku nacieczności i zwłókniałych mięśni prostych, 2) utrudnienia odpływu krwi i zahamowania go już na poziomie żył wodnych i nadtwardówkowych, 3) błędów pomiaru, np. ucisku palców przytrzymujących tonometr Schiötz^{2,4,11}.

Widaczkich¹³ udowodnia powstanie skoków c.s. przy ucisku mechanicznym wywieranym na naczynia nadtwardówkowe i stwierdza, że moment całkowitego zamknięcia naczyń z przerwaniem prądu krwi odpowiada

da wzrostowi c.s. Tego typu mechanizm wzrostu c.s. przy prawidłowym C spotyka się u pacjentów ze zmianami rozrostowymi w oczodole, czy przetoce żyłno-jamistej¹⁴. Nieprawidłowe c.s. u chorych z wytrzeszczem naciekowo-obrzękowym stwierdza się zwłaszcza przy zmianie kierunku spojrzenia. Wzrost ciśnienia w odchyleniu gałki ku górze o 15 i 25° potwierdził oftalmopatię (czasem bez objawów klinicznych)¹⁵. Jest to zmiana c.s. przejściowa spowodowana deficytem funkcji mięśni prostych⁴.

Podstawą naszych rozważań jest pomiar c.s. przy patrzeniu na wprost, które częściowo jest dla pacjenta pozycją spoczynkową⁴.

Wzrost c.s. jako jedyny objaw nie może być podstawą rozpoznania jaskry pierwotnej otwartego kąta przesączania. O rozpoznaniu zdecydować może dopiero pełne badanie hydrodynamiki gałki ocznej z uwzględnieniem poziomu c.s., wartości C, K, liczby Leydheckera, prób obciążających oraz obrazu tarczy n. wzrokowego, pola widzenia i systematyczna, nieraz wieloletnia obserwacja pacjentów.

Stany podwyższonego c.s. ponad 21 mm Hg w oczach z szerokim kątem przesączania bez charakterystycznych dla jaskry zmian w polu widzenia i tarczy n. wzrokowego przyjęto określać jako nadciśnienie oczne (n.o.) pierwotne^{16, 17}.

Wskaźnik n.o. wg różnych autorów waha się od 1 do 5% w poszczególnych populacjach, a odsetek jaskry pierwotnej od 0,5 do 3,25%^{18, 19}. Wskaźniki te wzrastają w obu grupach dopiero w badaniach klinicznych po wieloletnich obserwacjach i rozszerzonych testach^{18, 19}.

W pracy stwierdziłyśmy istotne statystycznie zależności między c.s. a stopniem uszkodzenia mięśni prostych, zmianami naciekowo-obrzętkowymi w powiekach i spojówkach. Natomiast c.s. nie jest relatywne w stosunku do wielkości wytrzeszczu. Podobne wyniki podają Allen i współpr.¹ i Lanachan¹². Rejniewicz znajduje wielkości c.s. zależne od stopnia wytrzeszczu. Jako przykład krótkowo podajemy pacjenta z bardzo dużym wytrzeszczem (poza skalą egzofthalmometru Hertla), u którego stwierdzono najniższe (hipotonię) w całej grupie wartości ciśnienia.

Zmiany chorobowe w powiekach i spojówkach nie wpływają również na pogorszenie C. Na zmiany K w naszej pracy największy wpływ mają zmiany obrzękowo-naciekowe w spojówkach. Wielkość K nie wpływa na wysokość c.s. (nawet wartości poniżej 0,0135). Podobne wyniki podaje Czechowicz-Janicka⁴.

Przedstawione wyniki potwierdzają teorię mechaniczną pojawiania się skoków c.s. i utrudniania odpływu na skutek zaburzeń krążenia na poziomie żył nadtwardówkowych i w wyniku ucisku zmienionych mięśni prostych, powiek, naciekowej spojówki i tkanek miękkich oczodolu^{2, 4}. Wg Rosseleta¹⁴ zmiany c.s. są pochodzenia zewnętrznego i wynikają z zaburzeń krążenia żylnego z wyłączeniem nadciśnienia pierwotnego.

W grupie badanych nie znaleziono żadnego przypadku jaskry pierwotnej otwartego kąta przesączania. Stwierdziłyśmy jedynie w 12 oczach (10,5%) podwyższone c.s. (> 21 mm Hg) u osób z otwartym szerokim kątem przesączania oraz w 21 oczach (18,4%) ciśnienie bliskie granicy normy. Uważamy, że dla tych przypadków należałoby przyjąć określenie nadciśnienia wtórnego.

Chorzy, u których stwierdziliśmy obniżenie C lub jego wartości graniczne oraz graniczne wartości liczby Leydheckera wymagają dalszej obserwacji w kierunku jaskry pierwotnej.

U innych autorów przypadki jaskry pierwotnej u chorych z wytrzeszczem naciekowo-obrzętkowym są rzadkie. Cheng i współpr.⁷ stwierdzili 1 przypadek jaskry zamkniętego się kąta przesączania rozpoznanej przed stwierdzeniem wytrzeszczu i 1 przypadek jaskry ze zmianami patologicznymi w kącie przesączania — w grupie 155 badanych. Haddach¹⁰ u 2 na 29 rozpoznaje jaskrę, ponieważ nieprawidłowe wartości hydrodynamiki były powiązane ze zmianami w polu widzenia. Andrzejewska i współpr.² podają odsetek jaskry pierwotnej równy 6,9% u osób ze zmianami w polu i tarczy n. wzrokowego.

Pacjenci, u których stwierdza się nadciśnienie oczne pierwotne nie wymagają leczenia, jedynie starannej obserwacji⁴. Chorzy z wytrzeszczem naciekowo-obrzętkowym i podwyższonym c.s. (nadciśnienie wtórne) wymagają podania leków obniżających ciśnienie.

Nie znaleziono żadnego przypadku jaskry pierwotnej wśród naszych chorych oraz w niewielkim odsetku przez innych autorów świadczy o tym, że występowanie jaskry pierwotnej nie przekracza odsetka występowania jaskry w populacjach ludności.

Stąd wypływa nasza propozycja użycia terminu nadciśnienie oczne wtórne w chorobie Gravesa-Basedowa dla uwypuklenia faktu, że zmiany c.s. są pochodzenia zewnętrznego i wynikają z zaburzeń krążenia żylnego na skutek ucisku zmienionych chorobowo mięśni okoruchowych, spojówek gałkowych i powiek.

PISMIENICTWO

- Allen C., Stetz D., Roman S., Podos S., Som P., Davies T.: Prevalence and clinical associations of intraocular pressure changes in Grave's Disease. *J. Clin. Endocr.* 61: 183—187 (1985).
- Andrzejewska W., Krzysotlikowa Z., Przerwa D., Czekalski S., Pilarska K., Skrzymowska Z.: Częstość występowania jaskry u osób z chorobą Gravesa-Basedowa. *Klin. oczna* 87: 448—449 (1985).
- Arkin W.: Jaskra i jej leczenie. (PZWL, Warszawa 1966).
- Buschmann W.: *Klin. Mbl. Augenhk.* 188: 138—140 (1986).
- Czarnomska Z., Rejniewicz-Krajewska L.: Uwagi o wpływie zaburzeń mięśniowych na hydrodynamikę oka w chorobie Gravesa-Basedowa. *Klin. oczna* 86: 429—431 (1984).
- Czechowicz-Janicka K., Kłóś J.: Sztynność twardówki w niektórych schorzeniach endokrynologicznych. *Klin. oczna*: 82: 353—355 (1980).
- Cheng H., Perkins E.: Thyroid disease and glaucoma. *Brit. J. Ophthalm.* 51: 547—553 (1967).
- David R., Livingston D., Luntz M.: Ocular hypertension — a long term follow-up of treated and untreated patients. *Brit. J. Ophthalm.* 61: 668—674 (1977).
- Gambin G., Galentine P., Chernow B., Smallridge R., Ell M.: Evidence of extraocular muscle restriction in autoimmune thyroid disease. *JCEM* 61: 167—171 (1985).
- Haddach A.M.: Tomography and visual fields in endocrine exophthalmos. *Amer. J. Ophthalm.* 64: 63—68 (1967).
- Janik J., Wąsowska M., Zgliczyński S., Górecki T., Jastrzębska H.: Nadciśnienie oczne u chorych z faza złośliwą wytrzeszczu naciekowo-obrzętkowego w chorobie Gravesa-Basedowa. *Klin. oczna* 92: 46—47 (1990).
- Lanachan J., Davies D.: Glaucoma and the thyroid. *Brit. J. Ophthalm.* 49: 441—444 (1965).
- Luntz M.: Glaucoma and ocular hypertension. *S. Afr. Med. J.* 46: 243—245 (1972).
- Radius R., Maumenee E.: Dilated Epicleral vessels and open-angle glaucoma. *Amer. J. Ophthalm.* 86: 31—35 (1978).
- Rejniewicz-Krajewska L.: Wpływ naciekowych zmian ocznych w przebiegu choroby Gravesa-Basedowa na wybrane funkcje oka. Praca doktorska. (AM Warszawa 1977).
- Rosselet E.: Exophthalmie at glaucoma. *Ophthalmology* 139: 275—278 (1960).
- Walker M.: Ocular hypertension follow-up study of 109 cases from 1963—64. *Trans. Ophthalm. Soc. UK* 54: 525—534 (1974).
- Widakovich J.: Episclear venous pressure and flow dynamics. *Acta Ophthalm.* 54: 500—506 (1976).

Praca wpłynęła: 20.01.1989 (nr 5513).

TERESA BARANOWSKA-GEORGE

Sprawozdanie z XXXVI Ogólnopolskiego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Szczecin, 21—23.IX.1988

Organizatorem Zjazdu była I Klinika Okulistyki PAM ze znacznym współudziałem II Kliniki Okulistyki. Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego Zjazdu była prof. dr med. Teresa Baranowska-George, wiceprzewodniczącymi: doc. dr med. Wanda Andrzejewska i prof. Olgierd Pałac, sekretarzem: doc. dr med. Danuta Karczewicz a jej zastępcą lek. Danuta Przerwa. Poza tym w Komitecie Organizacyjnym pracowało 21 lekarzy z obu klinik. Dzięki ich pracy oraz wybitnej pomocy ze strony wojewódzkich i miejskich władz Szczecina oraz dużych zakładów pracy, organizacja zjazdu nie obciążała dużą sumą ani PTO, ani Ministerstwa Zdrowia, mimo wzrostu cen w 1988 r. Karta uczestnictwa wynosiła jedynie 2500 zł. Miejsce obrad był Zamek Książąt Pomorskich. Głównymi tematami zjazdu były neurookulistyka i mikrochirurgia soczewki — tematy pierwszy raz omawiane w Polsce na zgrupowaniach naukowych. Otwarcie zjazdu oraz I posiedzenie naukowe rozpoczynające I część zjazdu, dotyczącą neurookulistyki odbyło się w sali Opery i Operetki Szczecińskiej. Przemówienia powitalne wygłosili: prof. dr med. Teresa Baranowska-George, wiceprzewodniczącą PTO prof. dr med. Tadeusz Kępcik (w związku z nieobecnością prof. dr med. H. Zygmuntowej-Machowej), rektor PAM prof. dr med. S. Kotwicki oraz w imieniu władz Szczecina prezydent miasta mgr Ryszard Rotkiewicz.

Po części oficjalnej, część naukową rozpoczęła prof. dr med. Irena Świątlicko wygłaszając referat: „Moja przygoda z neurookulistiką” oraz prof. dr med. Teresa Baranowska-George przedstawiając zagadnienie „Wzrokowej lokalizacji przestrzennej jako funkcji OUN”.

Ze względu na bardzo dużą ilość zgłoszonych referatów, obrady w dalszym ciągu toczyły się równolegle na dwóch salach: Księcia Bogusława i Anny Jagiellonki. Z zakresu neurookulistyki wygłoszono 39 referatów (z 45 zgłoszonych) oraz przedstawiono 5 plakatów (z 6 zgłoszonych). Tematyka poszczególnych posiedzeń naukowych była następująca: „Anatomia i fizjologia OUN” (II posiedzenie naukowe), „Diagnostyka i guzy OUN” (III posiedzenie naukowe), „Patofizjologia OUN” (IV posiedzenie naukowe), „Zaburzenia ruchomości oczu” (V posiedzenie naukowe), „Patologia nerwu wzrokowego” (VI posiedzenie naukowe) i „Neurookulistyka kliniczna” (VIII posiedzenie naukowe).

W drugim dniu obrady rozpoczęły się również na sali Opery i Operetki Szczecińskiej, jako otwarcie II części Zjazdu poświęconej soczewce. Główne referaty (w czasie VII posiedzenia naukowego) wygłosili: prof. dr med. Ariadna Gierek-Lapińska — „Współczesna chirurgia soczewki oka” oraz prof. Martin Vogel z Göttingen — „Wyniki wewnątrzorbitalnego usunięcia zaćmy z wszczepieniem sztucznych soczewek do komory tylnej”. W czasie tego posiedzenia naukowego wygłoszono również obszerny referat z Bydgoszczy — prof. dr med. J. Kałużny i 2 krótkie referaty z Białogostu — prof. dr med. A. Stankiewicz. Również z powodu bardzo dużej ilości zgłoszonych referatów dalsze obrady toczyły się jednocześnie na dwóch salach.

Łącznie wygłoszono 69 referatów (na 73 zgłoszone) oraz przedstawiono 37 plakatów. Na temat: „Mikrochirurgia soczewki u dorosłych” wygłoszono łącznie 27 referatów (na 30 zgłoszonych) oraz przedstawiono 15 plakatów (posiedzenia naukowe VII i IX). Na temat: „Okulistyki dziecięcej” wygłoszono 6 referatów (na 7 zgłoszonych) oraz przedstawiono 3 plakaty (posiedzenia naukowe X). „Powikłania oraz ocena funkcji oka po wszczepieniu soczewki” były tematem XII posiedzenia naukowego. Wygłoszono 19 referatów i przedstawiono 4 plakaty. Tematem XIII posiedzenia były „Badania doświadczalne nad soczewką”. Wygłoszono 17 referatów

i przedstawiono 15 plakatów. Poza tym posiedzenie XI poświęcone było tematom dowolnym. Wygłoszono 5 referatów (na 7 zgłoszonych). Dotyczyły one prototypu lasera napędzanego lampą błyskową (z Göttingen), hydrodynamiki oka u osób z wytrzeszczem, ciśnienia śródgałkowego w stożku rogówki, zespołu Petersa w doświadczeniach na zwierzętach oraz rozmieszczenia stożka rogówki w Polsce.

Na zakończenie prof. Kępcik powiedział, że dokonano przeglądu wybitnych zagadnień okulistycznych na poziomie europejskim. Mimo ciężkich warunków w Polsce było dużo dobrych prac, rzeczowe i kontrolerskie dyskusje. Podziękował za pracę nad zorganizowaniem Zjazdu, serce, uśmiech, ogromną życzliwość Organizatorów. Zjazd spełnił swoje zadanie i wykazał, że potrafimy dobrze pracować. Do prof. Baranowskiej-George powiedział: „Zamykając Zjazd — z żalem wyjeżdżamy i szybko tu powrócimy”.

W oddzielnej sali były wyświetlane filmy dotyczące operacji zaćmy z wszczepem sztucznej soczewki (Ludek Ciganek — Praga, Janusz Jabłoński — Gdańsk). W zjeździe uczestniczyło 550 osób, w tym 17 z zagranicy. Wśród tych ostatnich z Francji były 3 osoby, z RFN 5, z Włoch 2, z ZSRR 2, z Czechosłowacji 2 i z NRD 3 osoby.

Przedstawiciele 14 firm zagranicznych i 2 polskich prezentowali sprzęt oraz leki okulistyczne.

Prof. dr med. Teresa Baranowska-George serdecznie podziękowała za uczestnictwo w zjeździe kolegom z Polski i z zagranicy. Podkreśliła, że 4 ostatnie lata organizowanych w Szczecinie różnych zjazdów wyrobiło wprawdzie przyzwyczajenie do tego rodzaju imprez w Szczecinie, a chęć ponownego spotkania się tutaj jest dla organizatorów pooblewstem. Niemniej jednak w najbliższych latach nie obiecuje organizacji żadnej imprezy naukowej, ale zaprasza kolegom do indywidualnych odwiedzin w celu współpracy naukowej i ewentualnego szkolenia.

I DZIEŃ OBRAD

Bezpośrednio po ceremonii otwarcia Zjazdu w sali Opery odbyło się I posiedzenie naukowe poświęcone neurookulistyce.

Przewodniczącym Prezydium I Sesji został prof. Witold J. Orłowski, obok niego zasiędl prof. Edward Lenkiewicz, doc. Barbara Iwaszkiewicz-Bilkiewiczowa i prof. Tadeusz Niebró.

Referat programowy pt.: „Moja przygoda z neurookulistiką” wygłosiła prof. Irena Świątlicko. Kolejny referat pt.: „Wzrokowa lokalizacja przestrzenna jako funkcja OUN” przedstawiła prof. Teresa Baranowska-George.

Nie przybył niestety autor dwu ciekawie zapowiadających się referatów, doc. Zbigniew Węgrzyn.

Po wysłuchaniu referatów nikt nie zabrał głosu w dyskusji.

II posiedzenie naukowe, poświęcone anatomii i fizjologii OUN, rozpoczęło się w sali Księcia Bogusława Zamku Książąt Pomorskich w Szczecinie.

W prezydium zasiędl: prof. Irena Świątlicko jako przewodniczącą oraz prof. Izabella Kałużowska i prof. Aleksander Nowochadzki.

Wygłoszono 7 referatów: 1. Aleksander Nowochadzki (Odessa): „Mózgowo-siatkawkowy układ analizatora wzrokowego. Morfologia i problemy kliniczne.

2. Florian Czerwiński, Andrzej Mierzejewski, Grażyna Michalska, Konrad Pilarczyk, Przemysław Nowacki (Szczecin):