

Krystyna JAWORSKA-KOZAKOWA

Dwa przypadki promienicy dróg łzowych wyleczonych penicyliną.

Two cases of actinomycosis of the lacrimal canaliculi treated by Penicillin

Promienica w schorzeniach oka zdarza się bardzo rzadko. W przeciągu kilkunastu lat w dużych klinikach obserwuje się zaledwie pojedyncze przypadki. Po raz pierwszy von Graefe opisał promienicę dróg łzowych w 1854 r. Do chwili obecnej ogłoszono już około 88 przypadków. Są to przeważnie schorzenia kanalików łzowych oraz pojedyncze przypadki promienicy spojówki i rogówki.

Grzybki wywołujące promienicę występują pod różnymi postaciami zależnie od gatunku i okresu wzrostu. W dawniejszym piśmiennictwie spotykamy opisy około 150 gatunków grzybków pod rozmaitymi nazwami jak: Actynomyces, Leptothrix, Cladothrix, Oospora, Discomyces, Nocardia, Oidium, Streptothrix i inne.

Schlegel (1928) uważa, że wszystkie wyżej wymienione nazwy nie mają należytego uzasadnienia z wyjątkiem nazwy Streptothrix najodpowiedniejszej dla zarazka promienicy. Topley i Wilson (1947) uznają raczej nazwę Actynomyces. Promienica dróg łzowych jest dość odrębnym schorzeniem o przebiegu przewlekłym i łagodnym. Nie jest wykluczone, że wpływają na to odmienne warunki rozwoju grzybka spowodowane stałą obecnością naturalnego czynnika obronnego ustroju jakim jest lizozym w worku spojówkowym. Z drugiej strony trudno jest ustalić czy czynnik etiologiczny w schorzeniach dróg łzowych jest identyczny z ciężko przebiegającymi schorzeniami promienicznymi innych narządów, mimo, że w pojedynczych przypadkach udało się doświadczalnie wywołać objawy promienicy u zwierząt hodowlą otrzymaną z promienicy oka (Awerbach 1903). Na uwagę zasługuje fakt, że nie spotykamy opisu promienicznego schorzenia kanalika łzowego z przejściem sprawy na otoczenie. Odrębność kliniczną promienicy dróg łzowych podkreślają odmienne

nazwy w piśmiennictwie: złogi grzybka (Pilzkonkremente), złogi Streptothrix, oraz jako streptothrichia kanalików łzowych.

Rozpowszechnienie grzybka promienicy w przyrodzie jest bardzo duże. Spotykamy go w glebie, pyłe, wodzie, w gorących źródłach, na roślinach, w kale ludzi i zwierząt, w jamie ustnej u ludzi zdrowych. Tylko nieliczny odsetek jest chorobotwórczy. Naogół przyjmuje się, że gatunki tlenowe typu Wolff-Israel są saprofityczne, beztlenowe — typu Bostroem — chorobotwórcze.

Sposób zakażenia nie jest jeszcze ustalony. Do niedawna uważano, że grzybek promienicy dostaje się do ustroju ludzkiego drogą bezpośredniego przeniesienia go z materiału zakażonego (kłosa, trawy) do zranionej skóry lub śluzówki drogą implantacji. Obecnie większość autorów uważa, że zarazek przenosi się tak jak w każdej innej chorobie zakaźnej przez zakażoną ropę, płwocinę i t.p. Promienica jest to choroba zakaźna, lecz bardzo mało rozsiewalna.

Jak trudno opanować promienicę innych narządów, wskazuje na to chociażby ilość i różnorodność sposobów leczenia. Łoza (1948) zebrał 35 różnych metod. W okulistyce stosowano przede wszystkim leczenie chirurgiczne: nacinanie i wyskrobywanie kanalików Meisner (1930), Lauber (1934), Berens (1936), Fuchs (1939). Sobański (1933) dołącza do chirurgicznego zabiegu zajodynowanie kanalika. Bałłaban (1937) wymasowuje grudki, jodynuje i przemywa płynem Lugola. Abramowicz (1947) zaleca usunięcie grzybków przestrzyknięciem lub cienką łyżeczką, nie naruszając kanalika a w ostateczności po uprzednim jego rozszczepieniu. Ostatnio mieliśmy możliwość obserwowania i leczenia dwu przypadków promienicy dolnego kanalika łzowego.

Przypadek I. Chora B. K., lat 20 (hist. chor. 4208) podaje, że przed dwoma laty zauważyła zgrubienie wewnętrznej części powieki dolnej oka prawego. Przy ucisku wewnętrznego kąta oka ukazywała się ropa w dolnym punkcie łzowym. Oko czasem łzawiło. Skóra okolicy kąta wewnętrznego była lekko zaczerwieniona. Zgrubienie i zaczerwienienie nie powiększało się, tylko gromadziło się co raz więcej ropy, a oko wtedy bardziej łzawiło. Chora często wyciskała ropę celem zmniejszenia łzawienia. Przed rokiem zgłosiła się do lekarza niespecjalisty który naciął „jęczmień”. Po nacięciu wychodziło więcej ropy zwłaszcza ranką, mniej punktem łzowym. Ponieważ „jęczmień” mimo nacięcia nie goił się, zgłosiła się do okulisty. Otrzymała „ciemne krople”, a na następnej wizycie miała być wycięta „gradówka”. Przed zabiegiem zdecydowała się jednak zgłosić na Klinikę.

Oko prawe: Powieka górna prawidłowa. Powieka dolna: brzeg w jednej trzeciej wewn. części miernie zaczerwieniony, zgrubiały. Zgrubienie wielkości małego ziarnka grochu, twarde, powoduje odchylenie dolnego punktu od jeziorka łzowego. Punkt łzowy dość szeroki. W odległości dwóch milimetrów od niego ku skroni widoczny owalny otwór wielkości $1 \times 0,5$ mm o brzegach gładkich (jakby drugi punkt łzowy) leżący tuż przy tylnej krawędzi powieki. Spojówka powieki dolnej miernie przekrwiona, mięsko łzowe obrzękłe. Rogówka i dalsze części oka bez zmian. Płukanie dróg łzowych górnym kanalikiem wykazało zupełną ich drożność.

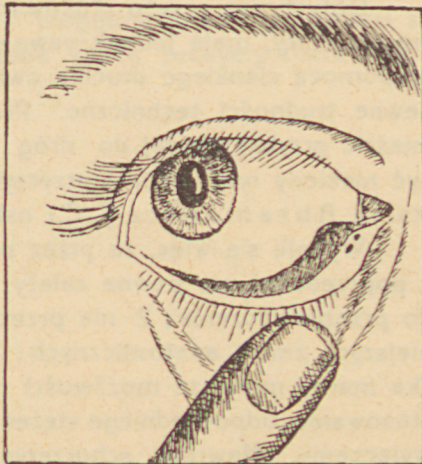
Oko lewe: Bez chorobowych zmian V. o. n = 1.0.

Przy ucisku zgrubienia powieki dolnej wytryska duża ilość charakterystycznych żółtawych grudek wraz z małą ilością ropy.

Badanie bakteriologiczne wykazało obecność grzybków promienicy.

W leczeniu postanowiliśmy oprócz zastosowania leczenia mechanicznego, które było stosowane bez efektu przez chorą, zastosować leczenie penicyliną.

W pierwszym dniu wymasowano grudki. Drugiego dnia po wymasowaniu grudek, których ilość zmniejszyła się znacznie po pierwszym masażu, obstrzyknięto okolicę kanaliką od strony skóry i spojówki roztworem penicyliny zawierającym 20.000 j. w 1 cm³ nowokainy. Do worka spojówkowego zakraplano co 3 godz. penicylinę w stężeniu 20.000 j. w 1 cm³ wody destylowanej. Trzeciego dnia skóra bardziej blada niż przed iniekcją, zgrubienie utrzymuje się. Wymasowano mniej grudek. Zakraplano penicylinę co 3 godz. Czwartego dnia usunięto masażem nieliczne grudki. W tym samym dniu obstrzyknięto powtórnie okolicę kanaliką roztworem penicyliny zawierającym 40.000 j. w 1 cm³. Zakraplano penicylinę jak wyżej. Piątego dnia wymasowano pojedyncze grudki.



RYS. I.

Zakraplano penicylinę jak poprzednio. W szóstym dniu nie zauważono przy wyciskaniu grudek. Wymasowano nieco mętnawego śluzu. Zakraplano penicylinę trzy razy dziennie. Siódmego dnia badaniem bakteriologicznym grzybków promienicy nie wykryto. Penicylinę zakraplano w dalszym ciągu trzy razy dziennie. W ósmym dniu skóra powieki w kącie wewnętrznym lekko zaróżowiona, widoczny ślad zgrubienia. Przy wymasowywaniu nie wydobywa się żadna wydzielina.

Przypadek II: Chora D. M. lat 43 (hist. chor. 5367) podaje, że przed półtora rokiem zauważyła grudki ropy w lewym oku, które ukazywały się mniej więcej co dwa tygodnie w worku spojówkowym. Oko czasem łzawiło. Przed rokiem chora nacisnęła dolną powiekę lewego oka w kącie wewnętrznym, poczym jak podaje, wytrysnęła ropa. Od ośmiu miesięcy oko to były zaklejone po nocy i rano w ciągu dnia. Czasem czuła się dobrze. W kącie wewnętrznym wytwarzało się zgrubienie, które po wyciśnięciu ropy zmniejszało się. Oko czasem łzawiło. Ponieważ stan ten utrzymuje się mimo stosowania „ciemnych kropli” i wyciskania — zgłasza się na Klinikę.

Oko prawe: Bez chorobowych zmian.

Oko lewe: W kącie wewnętrznym na powiece dolnej skóra lekko zaczerwieniona. W okolicy dolnego kanaliką łzowego wyczuwa się zgrubienie twarde, wielkości ziarna soczewicy. Splotki powiek lekko przekrwione, spojówka gałki w okolicy kąta wewn. również lekko przekrwiona. Pozostałe części oka bez zmian. Przy ucisku zgrubienia wytryska z dolnego punktu łzowego gęsta ropa zawierająca sporą ilość żółtawych grudek. V. o. n. = 1.0.

Badanie bakteriologiczne ropy wykazało obecność grzybków promienicy.

Leczenie tak jak w przypadku pierwszym, z tą różnicą, że chora otrzymała tylko jedną iniekcję penicyliny zawierającą w 1 cm³ 50.000 j. Trzeciego dnia po zastrzyku w wymasowanej wydzielinie grudek nie wykryto, a badanie bakteriologiczne nie wykazało obecności kolb ani leukocytów.

W promienicy dróg łzowych mamy dużo lepsze warunki opanowania i wyleczenia choroby w porównaniu z promiericą innych narządów. Grzybek mieści się jakby w rurce w przewodniku łzowym wyścielonym nabłonkiem. Chory zgłasza się często po roku, dwóch i dłuższym okresie czasu do okulisty, który wielkiego spustoszenia nie stwierdza.

Dotychczas przeto stosowane metody leczenia dawały również dobre rezultaty, mają jednak pewne niedogodności. Jodynowanie kanalika za pomocą cienkiego drucika owiniętego cienką warstwą waty, nastęrcza pewne trudności techniczne. Przemywanie płynem Lugola może prze-mieścić grzybki głębiej do dróg łzowych. Nacinanie kanalika mogłoby być niekiedy ryzykowne i przyczynić się do przeniesienia grzybka w głąb tkanki. Abramowicz (L.C.) ostrzega przed nacinaniem kanału.

Wydaje się więc, że przez nas zastosowane leczenie w porównaniu z poprzednimi ma pewne zalety: 1. jest ono technicznie bardzo łatwe do przeprowadzenia; 2. nie przecinając kanalików możemy uniknąć późniejszych zmian anatomicznych; 3. unikając uszkodzenia nabłonka kanalika mamy mniejsze możliwości rozszerzania się schorzenia; 4. przy zastosowaniu odpowiedniego stężenia penicyliny możemy wpłynąć na szybkie wyleczenie. Nawrotu schorzenia do tej pory nie stwierdziliśmy (chore są w dalszej obserwacji Kliniki).

Chociaż równocześnie stosowaliśmy wymasowanie grudek, mimo to nie możemy odnieść dobrych wyników leczenia do mechanicznego zabiegu, gdyż zarówno jedna jak i druga chora przez dłuższy okres czasu uciskając zgrubiałą okolice powieki dolnej wyciskały gromadzącą się wydzielinę bez efektu leczniczego. Wyleczenie zatem promienicy dróg łzowych w obu przypadkach jesteśmy skłonni odnieść do działania penicyliny.

PIŚMIENNICTWO

- 1) Abramowicz I. Podręcznik okulistyki 1947 str. 208.
- 2) Averbach, Ophthalm. Klin. 1903 Nr 2.
- 3) Bałłaban K. Kl. Oczna. Zeszyt IV. 1937 str. 431.
- 4) Berens C., The eye and its diseases. 1936.
- 5) Fuchs E., Lehrbuch der Augenheilkunde. 1939. str. 653.
- 6) Łoza E., Polski Tygodnik Lek. Nr 36, 39. 1948.
- 7) Lauber J., Diagnostyka i terapia chorób oczu. 1934.
- 8) Ławrynowicz A. i Przesmycki F., Mikrobiologia Lekarska. Zeszyt II. 1947.
- 9) Kolle, Kraus, Uhlenhuth., Handbuch der Pathogenen Mikroorganismen Band V, Teil I. S. 44. 1931.
- 10) Rosenhauch E., Przegląd Lek. 1912. Nr 42.
- 11) Schieck F. und Brückner A., Kurzes Handbuch der Ophthalmologie S. 406.
- 12) Sobański J., Kl. Oczna. Zeszyt I. 1933. str. 186.
- 13) Szymanowski Z. i Beer A., Zarys mikrobiologii szczegółowej. Tom I. str. 105, 1947.
- 14) Topley and Wilson's., Principles of bacteriology and immunity. V. I. P. 374. 1947.

S U M M A R Y

The author reports two cases of actinomycosis of the inferior lacrimal canaliculus treated with penicillin therapy. The surrounding area was injected with 1 cc. of penicillin solution in novocaine, containing in the first case 20.000 units and in the second — 50.000. 200.000 units in 10 cc. of solution was pipetted in to the lacrimal sac, every three hours. The patients made quick recovery there was no return of symptoms.
